

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Lékařská fakulta
Pedagogická fakulta

**MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER
NA STŘEDNÍCH A VYŠŠÍCH
ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOLÁCH**

Výstup prvního roku práce na projektu – pracovní materiál

Mgr. Lenka Špirudová
Bc. Jindra Bursová
PhDr. Danuška Tomanová
PhDr. Eva Průchová

Technické zpracování.

Ing. Vladimír Ivan
Mgr. Rostislav Okleštěk

OLOMOUC 2002

Obsah

<u>Obsah</u>	2
<u>1. Úvod - odůvodnění transkulturního přístupu ve zdravotnictví</u>	4
<u>1.1. Vývoj mezinárodní i vnitrostátní situace</u>	4
<u>1.2. Specifika práce s klientelou odlišných kultur ve zdravotnictví</u>	4
<u>1.3. Zkušenosti českých sester</u>	5
<u>1.4. Multikulturní péče / transkulturní péče – vysvětlení pojmů</u>	6
<u>2. Multikulturní výchova</u>	8
<u>2.1. Vymezení pojmu multikulturní výchova</u>	8
<u>2.2. Základní koncepce multikulturní výchovy</u>	9
<u>2.3. Problémy týkající se multikulturní výchovy</u>	10
<u>2.4. Multikulturní výchova v ČR</u>	11
<u>2.5. Komplexní pohled na multikulturní výchovu</u>	12
<u>2.6. Kladné multikulturní prostředí</u>	12
<u>2.7. Přístupy Rady Evropy, OECD a Evropské unie k multikulturní výchově</u>	13
<u>3. Témata transkulturního ošetřovatelství</u>	15
<u>3.1. Základní pojmový aparát</u>	15
<u>3.1.1. Etnikum, etnicita, etnické vědomí</u>	15
<u>3.1.2. Národ, národnost, národnostní menšina</u>	16
<u>3.1.3. Kultura, enkulturace, akulturace, asimilace, kulturní šok</u>	19
<u>3.1.4. Předsudky a stereotypy</u>	23
<u>3.1.5. Rasy, rasismus, produkty rasismu, xenofobie</u>	24
<u>3.1.6. Duchovnost, víra náboženství, duchovní vývoj, duchovní blaho</u>	28
<u>3.2. Teorie kulturně shodné péče</u>	29
<u>3.2.1. Charakteristika teorie</u>	29
<u>3.2.2. Vznik a vývoj teorie</u>	30
<u>3.2.3. Teoretické předpoklady</u>	30
<u>3.2.4. Metaparadigma ošetřovatelství podle Leiningerové</u>	31
<u>3.2.5. Model vycházejícího slunce</u>	31
<u>3.2.6. Sběr údajů</u>	33
<u>3.2.7. Blochův průvodce při etnickokulturním posuzování</u>	34
<u>3.3. Multikulturní/transkulturní ošetřovatelství</u>	38
<u>3.3.1. Struktura kulturních hodnot</u>	38
<u>3.3.2. Systém zdravotnické péče jako subkultura</u>	41
<u>3.3.3. Kulturní šok a ošetřovatelská péče</u>	42
<u>3.3.4. Národnostní menšiny a cizinci v ČR, jejich zdravotní problémy</u>	43
<u>3.3.5. Kultura chudoby</u>	52
<u>3.3.6. Ošetřovatelský proces v multikulturním/transkulturním ošetřovatelství</u>	53
<u>3.3.6.1. Posuzování</u>	53
<u>3.3.6.2. Diagnostika</u>	54
<u>3.3.6.3. Plánování</u>	55
<u>3.3.6.4. Realizace</u>	56
<u>3.3.6.5. Vyhodnocení</u>	57
<u>3.4. Spiritualita a religiozita v ošetřovatelství</u>	57
<u>3.4.1. Náboženství a nemoc</u>	57
<u>3.4.2. Vyznání víry a zdravotnická péče</u>	57
<u>3.4.2.1. Agnosticismus a ateismus</u>	58
<u>3.4.2.2. Římskokatolická církev</u>	58
<u>3.4.2.3. Evangelická církev</u>	58
<u>3.4.2.4. Judaismus</u>	58
<u>3.4.2.5. Islám</u>	60
<u>3.4.2.6. Buddhismus</u>	62

<u>3.4.3. Duchovní zdraví a ošetrovatelský proces</u>	63
<u>3.4.3.1. Posuzování - sesterská anamnéza</u>	63
<u>3.4.3.2. Ošetrovatelská diagnostika</u>	64
<u>3.4.3.3. Plánování</u>	64
<u>3.4.3.4. Realizace</u>	65
<u>3.4.3.5. Vyhodnocení</u>	66
<u>3.5. Informace o současné situaci v ČR</u>	66
<u>3.5.1. Národnostní menšiny v ČR</u>	66
<u>3.5.2. Etnické klima v české společnosti</u>	68
<u>3.5.3. Zdravotní péče o cizince v ČR</u>	70
<u>3.6. Interpersonální komunikace s kulturním aspektem</u>	71
<u>3.6.1. Teoretický úvod do problematiky interpersonální komunikace</u>	71
<u>3.6.2. Komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení</u>	104
<u>3.6.2.1. Příloha č. 1 Instrukce překladatelům</u>	107
<u>3.6.2.2. Příloha č. 2 Údaje pacienta/ štítek</u>	109
<u>3.6.2.3. Příloha č. 3 Vyjádření souhlasu tlumočnicka</u>	110
<u>3.6.2.4. Příloha č. 4 Oprávnění k překladatelské činnosti</u>	111
<u>3.6.2.5. Příloha č. 5 Vnitřní nemocniční tlumočnická služba</u>	112
<u>4. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester</u>	113
<u>na SZŠ a VZŠ v ČR</u>	113
<u>4.1. Analýza státních studijních plánů oboru všeobecná sestra na SZŠ a VZŠ ve vztahu</u> <u>k multikulturnímu ošetrovatelství</u>	113
<u>4.2. Analýza současné výchovně vzdělávací praxe na SZŠ a VZŠ v ČR v oblasti</u> <u>multikulturního/transkulturního ošetrovatelství</u>	115
<u>4.2.1. Metodika výzkumného šetření</u>	115
<u>4.2.2. Popis souboru respondentů</u>	117
<u>4.2.3. Sběr dat</u>	117
<u>4.2.4. Analýza a interpretace získaných dat</u>	117
<u>4.2.5. Interpretace výsledků a jejich porovnání s předpokládaným očekáváním</u>	138
<u>5. Závěr - návrh nápravných opatření pro výchovně vzdělávací praxi na SZŠ a VZŠ v ČR</u>	141
<u>5.1. Příloha č. 1 Návrh osnov - 2. ročník, obor SZŠ</u>	143
<u>5.2. Příloha č. 2 Návrh osnov – 1. ročník, obor VZŠ</u>	146
<u>5.3. Příloha č. 3 Návrh úpravy osnov – obor SZŠ</u>	149
<u>5.4. Příloha č. 4 Návrh úpravy osnov – obor VZŠ</u>	158
<u>6. Literatura a prameny</u>	170
<u>7. Přílohy</u>	173
<u>7.1. Příloha č. 1 - Znaky duchovního zdraví</u>	173
<u>7.2. Příloha č. 2 - Duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích</u>	174
<u>7.3. Příloha č. 3 - Duchovní blaho</u>	176
<u>7.4. Příloha č. 4 - Model vycházejícího slunce</u>	177
<u>7.5. Příloha č. 5 - Dotazník pro vyučující na SZŠ a VZŠ</u>	178
<u>7.6. Příloha č. 6 - Dotazník pro studenty SZŠ a VZŠ</u>	181

1. Úvod - odůvodnění transkulturního přístupu ve zdravotnictví

1.1. Vývoj mezinárodní i vnitrostátní situace

V současné době je migrace jedním z nejzávažnějších celosvětových problémů a má velmi rozmanité důvody – od těch celospolečenských (globalizace) a politických, přes ekonomické, sociální, humanitární až po studijní, profesionální i volnočasové (cestovní ruch). Emigranti se potýkají s celou řadou problémů a prožívají: kulturní šok, integrační tlak, překonávání jazykových bariér, nezaměstnanost, špatnou ekonomickou situaci rodin, horší ubytovací i příp. pracovní podmínky, ale také to mohou být pocity vlastního „vykořenění“ i fyzického ohrožení díky rasistickým a xenofobním excesům apod. Často velmi vypjaté životní situace a nevhodné podmínky (ať už doma - v zemi původu, či v nové zemi) se odrážejí v konečném důsledku na zdravotním stavu těchto lidí. Neřešení těchto situací se pak samozřejmě může v konečném důsledku promítnout do zvyšování zdravotních rizik také pro majoritní populaci (viz např. TBC, hepatitidy, pohlavně přenosné choroby, HIV aj. infekční choroby), bude znamenat zvyšování nákladů na zdravotnické služby, sociální zabezpečení apod. Vzhledem k tomu, že naše země usiluje o Euro integraci, která sebou přinese významné navýšení cizinců na našem území, je nezbytné, aby se také český zdravotnický systém připravoval na nárůst klientely odlišných kultur. Tato příprava je nutná v rovině politické a legislativní, výchovně vzdělávací, manažerské i v rovině poskytované přímé zdravotní péče, tedy přímo v praxi (jak lékařů, sester, porodních asistentek, tak také ostatních pracovníků, kteří na přímé péči participují).

1.2. Specifika práce s klientelou odlišných kultur ve zdravotnictví

Pro lepší pochopení zdraví a nemoci v kontextu kultury a migrace je nezbytné hlubší pochopení života lidí v odlišných kulturách a sociálních situacích (migrace). Tyto faktory totiž podstatně modifikují prožívání, vnímání a sdělování zdravotních problémů. Jsou známy specifické psychosociální syndromy, které s migrací, změnou sociokulturního prostředí a kulturním šokem souvisejí (např. v Evropě je to např. premenstruální syndrom, anorexie, mimo křesťanskou kulturu – např. susto – ztráta duše aj.). Migranti jsou vystaveni zvýšenému riziku onemocnění a úmrtí, které může mimo jiné vyplývat i z chybného chápání a interpretování příznaků. Zdravotníci se často, díky neznalosti kulturních a sociálních specifik, zaměřují u pacientů/cizinců jen na zvládnutí příznaků a skryté potenciály těchto nemocných zůstávají nevyužity, jejich specifické problémy jsou často neodhaleny a neřešeny (Anastassiadou, 2002, s.22).

Tvrdíme-li, že naše péče o pacienty/klienty vychází z holistické filosofie, že je zaměřena na kvalitu, efektivitu a je přísně individualizovaná, pak je naprosto nezbytné, aby všechny tyto atributy byly naplňovány bez výjimky u všech pacientů /klientů. Tedy i v péči o cizince a všechny pacienty odlišných etnik, kultur.

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila při setkání v Amsterdamu ve dnech 28. – 30.března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámeček. Jedná se o soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů v členských státech EU. Na několika místech je zde zmíněn požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Např.: v oddílu prvním, „Lidská práva a hodnoty zdravotní péče,“ se v bodu 5 říká: „Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filosofické přesvědčení.“ V oddílu „Informovanost“ se v bodě 4 zdůrazňuje: „Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit je. Je nutné na minimum omezit technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci (překlad).“ V pátém oddílu „Péče a léčba“ se v bodě 8. říká: „Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich

diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot.“ (Kutnohorská, 2002, s.230)

Zdravotnická péče poskytovaná cizincům i migrantům je sice i v naší zemi regulována speciálními zákony, které musí zdravotníci znát a v praxi dodržovat, ale existují specifické situace, které tyto zákonné normy neřeší, neupozorňují na ně a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů, sporů i příp.žalob. Jedná se např.o některé specifické kulturní požadavky či rituální praktiky, na které naši zdravotníci nejsou připraveni, které neznají (nejčastěji se jedná o specifické požadavky a nároky vznášené přímo pacientem či rodinou pacienta v souvislosti s jídlem, vyšetřováním a prováděním diagnosticko terapeutických výkonů, praktikováním náboženských rituálů v době hospitalizace, s umíráním a smrtí, odnímáním tkání a částí těla, s pitvou, ale také v souvislosti s porodem, péčí o novorozence apod.)

(Ilustrativní příklad k zamyšlení: muž z asijské země u nás havaroval a musel být operován na neurochirurgii, kde mu byl při rekonstrukční operaci lebky odstraněn úlomek lebeční kosti. Příbuzní nemocného při první návštěvě žádali lékaře o vydání tohoto úlomku kosti. Ukázalo se, že se jedná o taoisty. Taoistická víra totiž učí, aby každý zemřelý byl pohřben se vším, co k jeho tělu náleželo. Je tento problém v podmínkách vaší nemocnice řešitelný? Jak? Za jakých podmínek?....)

1.3. Zkušenosti českých sester

V září roku 2000 proběhlo orientační šetření mezi sestrami, které mělo za úkol zjistit, jaké mají sestry v ČR zkušenosti a znalosti v oblasti péče o pacienty jiných etnik a kultur, co považují za nejtěžší v péči o tyto pacienty (Špirudová,L.). Použita byla metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl koncipován tak, aby respondenti své odpovědi museli tvořit, položky dotazníku byly otevřené. Šetření bylo realizováno v průběhu ošetrovatelské konference v Olomouci. Dotazníky získali všichni účastníci konference (kromě vystavovatelů a zahraničních účastníků) a byli upozorněni na to, že vyplněné dotazníky mohou kdykoliv v průběhu dvou dnů odevzdat do připravené uzavřené schránky v informačním centru konference. Celkem bylo rozdáno 225 dotazníků, návratnost byla 20,44%. Vrátilo se tedy celkem 46 vyplněných dotazníků. Nejpočetněji byly zastoupeny sestry s 21 a více lety praxe (30,4%), na druhém místě sestry s 6 – 10 lety praxe (23,91%) a na třetím místě co do četnosti zastoupení byly sestry s 11-15 lety praxe (21,74%). Sester od 0 do 5 let praxe bylo 13,04 %. Nejpočetněji byly zastoupeny všeobecné sestry (78,26%), porodních asistentek bylo 8,70%, dětských sester 4,35%, odborných učitelek středních zdravotnických škol bylo 4,35 %, studujících bakalářský studijní program oboru ošetrovatelství 2,17% a 2,17% nespecifikovalo svoji odbornost. Šetření ukázalo, že sestry v České republice mají největší zkušenosti s péčí o tyto skupiny pacientů/klientů : Rómy, Ukrajince, asiaty (uvedly Vietnamce a Korejce), Arabů a muslimy, běžence, dále napsaly: Turky, Jordánce, Dagestánce, Moldavany, Bělorusy, Němce, Rakušany, Albánce, Afričany, Indy, Pákistánce, Rusy, Angličany, Svědky Jehovovi a vegetariány – pořadí je uvedeno dle četnosti, od nejvyššího počtu výpovědí k dané národnosti, etniku, kultuře či subkultuře až po ojedinělé výpovědi. Použity jsou pojmy, ve kterých se respondentky vyjádřily. Za největší problémy obecně považovaly: komunikaci, kulturní rozdíly – nerozumí některým hodnotám a chování. Nejvíce ale tyto sestry psaly o problémech s ošetřováním Rómů (z celkového počtu 46 výpovědí se jich 37 tj. 80,4% vyjadřovalo k péči o romské pacienty. Ze 37 výpovědí bylo negativních 29, tj. 78,4% a jen 4, tj.10,8% byly pozitivní. Nebylo možno zařadit celkem 4 výpovědi, tj. 10,4 %). Z toho tedy vyplývá, že sestry v ČR se stále ještě nejčastěji setkávají s etnikem – kulturou - národností, která na našem území žije sice velmi dlouhou dobu, ale je pro naše zdravotníky mnohdy stejně neznámá, jako ostatní cizí kultury. Péče o tyto pacienty – o Rómy - se musí odvíjet podle stejných etických a kulturně společenských pravidel a principů jako péče o pacienty ostatních odlišných kultur a nelze tento fakt přehlížet či bagatelizovat! Sestry uvedly,

že se s pacienty cizích etnik, kultur a subkultur setkávají nejčastěji v nemocnicích (64,87%), dále v ambulantní péči (13,51%) a v domácí péči (10,81%). 10,81% uvedlo jiné místo.

Naše zkušenosti z oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků, informace o problémech, se kterými se potýká zdravotnická praxe a předpokládaný směr vývoje celkového společenského kontextu jednoznačně odhalují zásadní deficit výchovně vzdělávací praxe. Proto jsme se pokusili pro státní úředníky i pedagogy, kteří vzdělávají zdravotní sestry na středních i vyšších zdravotnických školách, připravit návrh jak implementovat problematiku multikulturního / transkulturního ošetřovatelství do studijních plánů. Tato práce se zabývá také návrhem tématických okruhů, které by tato oblast ošetřovatelství v současné době v naší zemi mohla obsahovat a také si klade za cíl vypracovat vzorové „metodické“ balíčky jako pomůcku pro učitele.

1.4. Multikulturní péče / transkulturní péče – vysvětlení pojmů

- oba pojmy se dříve používaly (a dodnes často používají) ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Je ale třeba upozornit na to, že samotné pojmy "transkulturní" a "multikulturní" mají své specifické významové nuance (pojem „multikulturní“ vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí jakoby vedle sebe, izolovaně, neovlivňují se, nemají definované společné prvky (viz obr.1). „Transkulturní“ významově znamená "přesahující" hranice kultury - kdy kultury, které se střetávají se vzájemně ovlivňují a jsou mezi nimi popsány - definované - identifikované prvky, které jsou společné daným kulturám (viz obr.2).

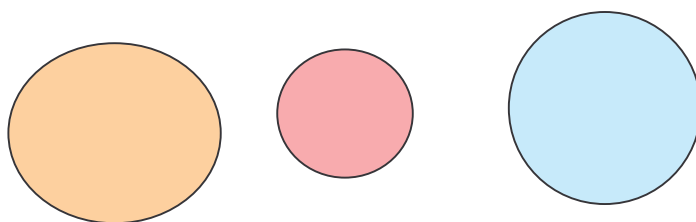
Užívání těchto pojmů pomůže objasnit i stručný nástin procesu vývoje koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde podíl cizinců v populaci je velmi vysoký. Snahou těchto společností byla dříve **koncepce asimilace migrantů** (vysvětluje se strachem z ohrožení vlastní, často velmi nízké národní identity.) Tyto snahy se ale záhy ukázaly jako málo efektivní a na základě kritiky této koncepce se přijal koncept **multikulturalismu** (60.a70.léta 20.století). Tento koncept podporoval uchování intaktní kulturní identity migrantů jako předpoklad psychické stability, která je potřebná k uvolnění lidského potenciálu pro toleranci a zdárný proces integrace (Domening, 2001, Legeewie, 1991).

Již zhruba 20 let se ale ukazuje, že multikulturalismus a esenciální kulturní koncepce, které chápou kulturu jako homogenní, ohraničený celek a také tendence pojímat její nositele za těžko adaptovatelné entity fungující na mechanistických principech, jsou nepoužitelné a zavádějící. V podmínkách globalizace a vysoké mobility lidí se ukazuje, že lidské životní světy jsou vysoce individualizované a komplexní. **Individuální světy lidí jsou formovány individuální biografií člověka, jeho osobními zkušenostmi, vnějšími životními podmínkami a sociokulturním pozadím. Jednotlivým skupinám migrantů dnes již téměř nelze připsat určitý komplex specificky kulturních vlastností. (Domening, 2001)**

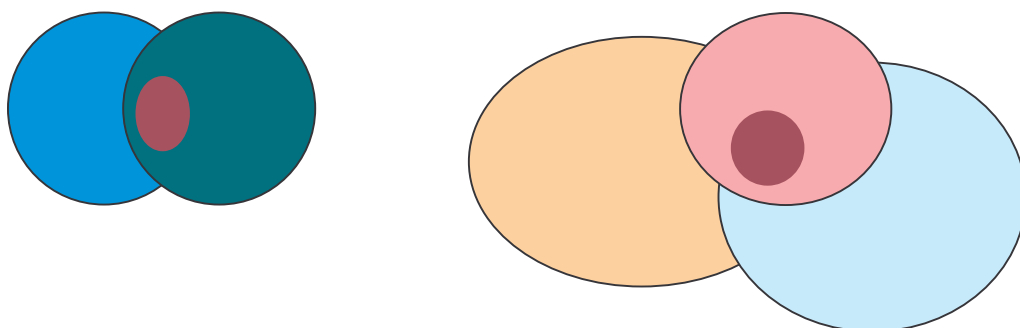
V 80.letech se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců (vytvářejí se cizinecká ghetta), objevují se tendence k jejich společenskému znevýhodňování a sociální segregaci.

Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální a ekonomickou integraci migrantů, jejich zvýšenou participaci na řešení problémů v oblasti sociální, ekonomické i politické (Anastassiadou, 2002, s.22). Těmto tendencím tedy lépe vyhovuje svým významem koncepce **transkulturalismu**. Pro koncept transkulturalismu je totiž příznačné, že staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. V oblasti zdravotnictví pak na významu nabývá vzájemná interakce mezi zdravotníkem a pacientem (jeho rodinou, komunitou). Důležité je hledání společných nebo blízkých kulturních hodnot, od kterých je možné vyjít při budování vzájemných vztahů respektu, důvěry, tolerance a porozumění a které poskytnou základnu také pro řešení zdravotních a sociálních problémů pacienta/klienta.

Obr.1. názorné vysvětlení významu pojmu „multikulturální“:



Obr.2. Názorné vysvětlení významu pojmu „transkulturní“ (*transkulturní je pouze to, co je vymezeno jako prostor společný všem zainteresovaným kulturám – na obrázku je to prostor, ve kterém je umístěn tmavý terč*)



Z výše uvedeného je zřejmé, že žijeme etapu transkulturního vývoje ve společnostech a proto dojde pravděpodobně také k posunu v užívání těchto pojmů i v oboru ošetrovatelství, ve směru od multikulturního ošetrovatelství / péče k transkulturnímu ošetrovatelství / péči. Významově neutrálnější je označení, které použila již Leiningerová - kulturně shodná (vhodná) péče.

Užívání těchto pojmů v oblasti výchovy a vzdělávání se samostatně věnuje kapitola 2.

2. Multikulturní výchova

2.1. Vymezení pojmu multikulturní výchova

Multikulturní výchova (multicultural/intercultural education) je široká oblast jednak teorie a výzkumu, jednak praktických aktivit školních i mimoškolních. Je to transdisciplinární oblast, v níž se spojují přístupy pedagogiky, kulturní antropologie, interkulturní psychologie, sociolingvistiky aj., ale přece jen jádro leží v pedagogice, neboť jde o určitý druh edukace se specifickým posláním. Toto poslání je odvozováno z přesvědčení, že na základě určitých vzdělávacích obsahů začleněných do školních kurikul a určitých vyučovacích postupů lze formulovat v žácích pozitivní postoje k příslušníkům jiných kultur apod. (Průcha, 2000, s. 167)

Multicultural education (multikulturní výchova) je nejčastěji se vyskytující se termín uplatňovaný v USA, Velké Británii, Kanadě, Austrálii, ale i v mezinárodních publikacích, encyklopediích a ve sbornících. Tento termín uplatňují také speciální terminologické slovníky a kodifikující tezaury – např. *Unesco: IBE education thesaurus* (1991) – a mnohé další informační zdroje.

Intercultural education (interkulturní výchova) je termín souběžně užívaný jako synonymum k termínu multicultural education. Je používán často v Evropě v mezinárodní vědecké komunikaci: např. je vydáván časopis *Intercultural Education*, působí *Mezinárodní asociace pro interkulturní výchovu – Internacionál Association for Intercultural Education* (IAIE) apod. Termín interkulturní výchova se také převážně uplatňuje v německé jazykové oblasti – *interkulturelle Erziehung*. Tento termín je dosti běžný také v Polsku – *edukacja międzykulturowa*.

Interethnic/multiethnic education (interetnická/multietnická výchova) jsou další termíny, které se používají v USA, v Evropě zřídka. Význam obou výrazů je do značné míry shodný s předchozími termíny.

Vedle těchto hlavních termínů se lze v zahraniční literatuře setkat s dalšími termíny: **internacional education** (mezinárodní výchova), **global education** (globální výchova), **education for world citizenship** (výchova k světovému občanství). Tyto termíny jsou někdy používány ve stejném či blízkém významu jako termíny výše uvedené, ale většinou obsahují určitý významový posun – v případě globální výchovy jsou zdůrazněny ekologické aspekty, v případě výchovy ke světovému občanství jsou zdůrazněny právní a sociální aspekty apod.

V české odborné terminologii se převážně používá termín „multikulturní výchova“. V současné době je tento termín u nás více či méně běžný také v jiných vědách (etnologii, sociologii aj.) a v oblastech edukační praxe. Kromě termínu „multikulturní výchova“ se u nás občas vyskytují i terminologické varianty: „interkulturní výchova“, „interkulturní vzdělávání“ (např. v sborníku *Interkulturní vzdělávání ve sjednocující se Evropě*), a dokonce „interkulturální“ – např. v publikaci *„Interkulturální management“* (Nový, 1996) a zřídka také „mezikulturní výchova“. (Průcha, 2001, s. 39-40)

Multikulturní (multikulturální výchova) – Vyjadřuje snahy vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod. (Průcha, Walterová, Mareš, 1998, s. 137)

Pokud se užívá termín „multikulturní/interkulturní výchova“, je nutno chápat výraz „výchova“ ve smyslu **vzdělávání a výchova**. Přesnější by tedy bylo používat termín „multikulturní edukace“, kde výraz edukace pokrývá obě činnosti a také koresponduje s anglickým termínem „education“. Avšak český výraz „multikulturní výchova“ se již zavedl a v odborné terminologii není žádoucí stabilizované termíny rozkolísávat. Jen musíme mít na paměti, že při multikulturní výchově jde nejen o výchovu (např. k osvojování určitých postojů),

ale současně (nebo především) o vzdělávání – tedy o vytváření poznatkové báze pro realizaci výchovy. (Průcha, 2001, s. 41-42)

2.2. Základní koncepce multikulturní výchovy

Koncepce (A): Multikulturní výchova je proces, jehož prostřednictvím si jednotlivci mají vytvářet dispozice k pozitivnímu vnímání a hodnocení kulturních systémů odlišných od jejich vlastní kultury a na tomto základě mají regulovat své chování k příslušníkům jiných kultur.

Koncepce (B): Multikulturní výchova je konkrétní vzdělávací program, který zabezpečuje žákům z etnických, rasových, náboženských a jiných minorit takové učební prostředí a takové vzdělávací obsahy, jež jsou přizpůsobeny specifickým jazykovým, kulturním aj. potřebám těchto žáků.

V případě koncepce (A) jde o snahu začleňovat do školního vzdělávání takové obsahy, v nichž si žáci osvojují vědomosti a postoje o jiných národech a etnikách, o jejich historii, životním způsobu, tradicích atd. Cílem je, aby tyto naučené vědomosti a postoje eliminovali vznik předsudků vůči příslušníkům jiných etnik a umožnily tak bezkonfliktní soužití. (Průcha, 2000, s. 167-168)

V českých i zahraničních vzdělávacích systémech se multikulturní výchova uplatňuje. O tom svědčí i velký počet příruček určených učitelům, které je instruují, jak nejlépe provádět multikulturní výchovu ve svých třídách. Avšak: Všechny tyto aktivity se odehrávají na úrovni tzv. **edukačních konstruktů**, tj. jsou formulovány jakožto plány, koncepce, požadavky v učebních osnovách, v učebnicích, v různých dokumentech školské politiky. Jenže jaká je **edukační realita**? Jsou tyto plány a koncepce multikulturní výchovy vskutku realizovány – a jakým způsobem – v konkrétní výuce?

V souvislosti s koncepcí multikulturní výchovy se v teorii objevil důležitý pojem **interkulturní kompetence (cross-cultural competency)**. Je to souhrnný pojem označující způsobilost jedince realizovat ve vlastním jednání ony dispozice ve vztahu k příslušníkům jiných kultur, o nichž je řeč ve výše zmíněné definici (A). Tedy např. taková způsobilost, aby mladý Čech po absolvování povinného vzdělávání znal kulturní specifčnosti Němců, Italů nebo Vietnamců, aby si uvědomoval jejich zvláštnosti a uměl v případném styku s nimi tyto kulturní odlišnosti respektovat. Tento pojem má důležité implikace pro pedagogickou praxi a pedagogický výzkum:

- *Z hlediska praxe* jde o otázky **formování interkulturní kompetence**: Jakými prostředky lze ve školách tuto kompetenci u žáků vytvářet? V jakých předmětech a na jakých tématech? Jak k tomu připravovat učitele? atd.
- *Z hlediska výzkumu* jde o otázky **zjišťování a měření interkulturní kompetence**: Je vůbec školní multikulturní výchova efektivní? Může ovlivňovat postoje a předsudky mladých lidí vůči příslušníkům jiných národů, ras etnických menšin? Nebo jsou vlivy rodiny a příslušné society natolik formativní, že na interkulturní postoje mladých lidí nemá už školní edukace rozhodující vliv?

K těmto otázkám je k dispozici jen málo spolehlivých odpovědí či návodů. Jednou z potíží je to, že zatímco proklamace o multikulturní výchově jsou velmi početné, chybí teorie a výzkumy o tom, jak člověk získává kulturní kompetenci. E.Taylor (1994) je jedním z mála odborníků, kteří se pokoušejí vypracovat „*model učení směřujícího k interkulturní kompetenci*“, avšak tento model je velmi obecný a neřeší problémy každodenní edukace: Např. co mají dělat učitelé, jestliže mají ve třídách žáky z kulturních skupin se zcela odlišnými hodnotami nebo když se ve třídách setkávají s rasovými předsudky apod.

V případě koncepce (B) se postuluje, že příslušníkům etnických aj. menšin musí být ve vzdělávání zajištěny takové podmínky, které respektují jejich kulturu. V praxi školního vzdělávání to znamená, že by žáci z jednotlivých etnických menšin měli být vzděláváni ve vlastním mateřském jazyce, podle svých vlastních vzdělávacích programů, s respektováním specifiky výchovných stylů v rodinách těchto etnik atd. Tedy např. tak, jak se nyní požaduje ve vztahu k vzdělávání romských dětí v České republice, tj. aby měly k dispozici učebnice v romštině, romské učitele nebo alespoň romské asistenty učitelů atd.

Jednotlivé země přistupují k této záležitosti odlišně: Ve skandinávských zemích se uplatňuje přístup, podle něhož mají děti z rodin imigrantů zaručeno ze zákona souběžné vzdělávání ve svém mateřském jazyce, tj. několik hodin týdně mají vyučování v jazyce svých rodičů. Prosadilo se pojetí, že tyto etnicky odlišné skupiny tím, že si uchovávají vlastní jazyk a kulturu a souběžně přijímají jazyk a kulturu majoritní populace, přispívají k obohacování dané země. Hovoří se zde o **bikulturaci (biculturalation)**, tedy souběžném osvojení dvou jazyků a kultur.

Koncepce (B) se také začala uplatňovat v USA, kdy pedagogičtí experti proklamovali, že žáci z minorit mají být vzděláváni s respektováním svých zvláštností – např. černošští žáci ve svém dialektu (*Black English*), odlišném od standardní americké angličtiny. Věřilo se, že vzdělávací výsledky těchto žáků budou lepší, jestliže budou moci ve škole využívat svůj dialekt – avšak toto očekávání se nepotvrdilo.

V souvislosti s tím se dnes ze strany některých odborníků poukazuje kriticky na určité negativní stránky této koncepce multikulturní výchovy:

1. **Multikulturní výchova v tomto pojetí vede k separatismu.** Tím, že se klade důraz na rozdílnosti kultur, potlačuje se u příslušníků minorit vědomí občanské sounáležitosti a spoluzodpovědnosti v dané zemi.
2. **Odlišné vzdělávací programy pro příslušníky minorit mohou způsobovat devalvací vzdělávání.** Jestliže jsou pro žáky z minoritních rodin připravovány vzdělávací programy s nižšími požadavky, než mají vzdělávací programy majoritní populace, vytváří se nižší kvalita a nižší prestiž úrovně vzdělávání u minoritních žáků. To má pak negativní důsledky pro další vzdělávání těchto žáků, a tím i pro jejich budoucí profesní kariéru atd. (Průcha, 2001, s. 44-45)

2.3. Problémy týkající se multikulturní výchovy

Tři skupiny významných problémů a jejich příslušných nálezů:

1. Jednou ze základních otázek pro multikulturní výchovu je to, **v jakém věku děti a z kterých zdrojů vznikají negativní postoje vůči příslušníkům jiných ras nebo etnik.** Některé zahraniční výzkumy zjišťují, že např. rasové předsudky vznikají už poměrně v nízkém věku dětí (5-6 let) a ve vyšším věku se spíše zvyšují, než aby se působením školy snižovaly.
2. **Postoje mladých lidí k imigrantům:** ve srovnávacích výzkumech prováděných mezi mládeží v Kanadě a Izraeli, tedy v zemích s vysokou migrací, se zjistilo, že žáci a studenti sice proklamují obecně pozitivní postoje k imigrantům, avšak v hlubší analýze se ukazuje, že nejeví ochotu učit se od spolužáků – imigrantů něco z jejich kultury (jazyk, tradice, písně apod.). Existuje tedy rozpor mezi proklamovaným pozitivním postojem k imigrantům a nízký zájem o jejich kulturu.
3. **Školní kurikula jako jeden zdroj kulturních předsudků:** Ve výzkumech se zjišťuje, že i přes proklamace o multikulturní výchově ve školním prostředí jsou

učebnice v různých zemích „kulturně zkresleny“. Prezентují totiž takový obraz o sousedních zemích nebo jiných národech, etnikách apod., který může vést u žáků k negativním postojům k nim. Tak např. bylo prokázáno, že americké učebnice jsou svým obsahem „sebestředné“, tj. zaměřují se jen na dominantní úlohu USA ve světě a národy Asie prezentují nikoliv z hlediska jejich kultury, ale kultury americké. Nebo některé současné ruské učebnice dějepisu navozují velkomocenské předsudky tím, že obhajují expanzi carského Ruska na Kavkaz a ospravedlňují „historické nároky“ Ruska na tato teritoria.

Multikulturní výchova je problematika, která se nyní velice rozvíjí, má i své odborné časopisy, konference, pracoviště. Pracuje např. mezinárodní organizace *International Association for Intercultural Education*, pořádající pravidelné kongresy atd. Ideu multikulturní výchovy je třeba bezesporu podporovat i v českém prostředí, kde se rovněž objevují závažné interetnické konflikty. Teorie multikulturní výchovy se přednáší na některých pedagogických, filozofických a dalších fakultách. Avšak teorii multikulturní výchovy je nezbytné doplňovat novými výzkumnými poznatky o tom, jak je fakticky realizována v praxi a jakých skutečných efektů dosahuje. (Průcha, 2000, s. 169)

2.4. Multikulturní výchova v ČR

V českém prostředí se nyní pojem „multikulturní výchova“ začíná postupně uplatňovat. Avšak nikoliv příliš často ve sféře pedagogiky či jiné sociální vědy, nýbrž spíše v masových médiích. Na stránkách novin a časopisů, v televizních a rozhlasových pořadech se objevují názory a postuláty, že je u nás za potřebí provádět multikulturní výchovu. Tyto výzvy mají různé příčiny:

- Mnozí žurnalisté a politici argumentují tím, že usilujeme o vstup do Evropské unie, a tudíž české obyvatelstvo by mělo být připraveno na intenzivní kontakty s příslušníky jiných zemí, národů a etnik. Samotná Evropská unie a Rada Evropy rozvíjejí četné aktivity zaměřené na multikulturní výchovu, na vzájemné informování občanů jedné země o jiných zemích apod. V pedagogice se tyto aktivity projevují jako prosazování „evropské dimenze ve vzdělávání“.
- Jiní autoři poukazují na konflikty projevující se v soužití Čechů s Rómskou minoritní populací, na nepříznivé postoje v České republice vůči uprchlíkům a žadatelům o azyl z různých evropských a mimoevropských zemí. Objevují se i názory o údajných rasistických postojích českého obyvatelstva, o jejich nacionalistických postojích aj.
- Zároveň Evropa prožívá v současné době příliv imigrantů z Afriky, Asie, zemí bývalého Sovětského svazu aj. a tento jev postupně zasahuje i Českou republiku. Dozvídáme se z médií, že podle studie Populační divize OSN „*Evropu zachrání jen imigranti*“ od hrozícího vymírání - v důsledku zvyšujícího se počtu starých lidí a snižující se porodnosti, a na druhé straně to, že „*v Evropě nyní sílí proticizinecké nálady. A ve většině zemí se v současnosti legislativa v oblasti přistěhovalectví a přijímání cizinců se spíše zpřísňuje*“.

Tyto a další tendence vedly k tomu, že se ve světě objevil a intenzivně rozvíjí fenomén „**multikulturní výchova**“. Avšak v českém prostředí má tento jev, resp. příslušný termín, velmi omezené pojetí. Většinou se chápe tak, že je to záležitost pedagogická. Žáci a studenti ve školách, ale i dospělí v různých formách mimoškolního vzdělávání, mají získávat poznatky, dovednosti a postoje, které je připravují pro chápání a tolerování příslušníků jiných kultur. K tomu mají být (zčásti již jsou) konstruovány příslušné složky ve vzdělávacích programech, v učebnicích aj.

To je ovšem značně zúžené pojetí, které ztotožňuje multikulturní výchovu pouze s praktickou edukační činností. Toto pojetí zdaleka nevystihuje obsah a strukturu daného jevu. Především opomíjí, že multikulturní výchova se dnes v mezinárodním prostředí rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu, bez nichž je praktická činnost v dané oblasti nemyslitelná. (Průcha, 2001, s. 13)

2.5. Komplexní pohled na multikulturní výchovu

(1) Multikulturní výchova je oblast vědecké teorie, a to transdisciplinárního charakteru: I když jsou pedagogické aspekty pro multikulturní výchovu podstatné - vyplývají z toho, že jde o druh „výchovy“, tedy edukační proces - pedagogická teorie není zdaleka jedinou vědou podílející se na rozvoji teorie multikulturní výchovy. Tato teorie operuje s pojmem "kultura", jenž je svou podstatou vysoce různorodý a mnohoaspektový jev. Tím je dáno, že pro teorii multikulturní výchovy jsou důležité poznatky a poznávací procedury získané a používané v etnografii, kulturní antropologii, interkulturní psychologii, sociolingvistice, histografii, teorii komunikace aj. Tudiž chceme-li adekvátně porozumět multikulturní výchově v její komplexnosti, musíme čerpat poznání o daném jevu v transmultidisciplinárním pohledu.

(2) Multikulturní výchova jako oblast výzkumu: Vědecké teorie jsou neodmyslitelně spjaty s výzkumem, který jim poskytuje nálezy o příslušném úseku objektivní reality. V souvislosti s multikulturní výchovou se provádějí v zahraničí (ojediněle i u nás) empirické výzkumy takových jevů, jakými jsou např.: postoje příslušníků jedné etnické či jazykové skupiny vůči příslušníkům jiných etnických skupin; vnímání a respektování odlišností v komunikaci jednotlivých etnických skupin; vznik rasových předsudků u dětí a mládeže; problémy vyučování dětí imigrantů v hostitelské zemi atd.

(3) Multikulturní výchova je systém informační a organizační infrastruktury: Aby věda a výzkum mohly fungovat, musí se opírat o podpůrná zařízení - vědecké organizace, informační databáze, odborné časopisy aj. Multikulturní výchova má tato podpůrná zařízení vytvořená v mnoha zemích, i na úrovni multikulturních institucí. Existuje celá řada odborných časopisů, specializovaných na problematiku multikulturní výchovy nebo úzce souvisejících témat, jsou vytvořeny informační centra a databáze specializované na multikulturní výchovu, pracují některé vědecké asociace pro multikulturní výchovu, jsou pořádány mezinárodní konference o multikulturní výchově atd.

(4) Multikulturní výchova je praktická edukační činnost: Jednou z forem existující multikulturní výchovy je oblast edukační a osvětové praxe. Multikulturní výchova se realizuje především ve školní výuce, kde v některých vyučovacích předmětech jsou začleněna témata o charakteristikách jiných kultur, o nutnosti zaujímat tolerantní postoje k příslušníkům jiného etnika než svého vlastního, o poznávání a respektování rysů jiných národů a zemí apod. Multikulturní výchova se kromě školní výuky realizuje v osvětově zaměřených projektech, na výstavách, festivalech, v publikacích různých vládních i nevládních organizací, národních i mezinárodních, sloužících k týmž účelům jako školní multikulturní výchova. Jsou to např. programy Evropské unie zaměřené na mezinárodní výměnu mládeže, na mezinárodní výměnu mládeže, studentů a učitelů, na mezinárodní spolupráci škol, obcí, regionů, spolků, knihoven, na podporu výuky cizích jazyků aj. (Průcha, 2001, s. 14)

2.6. Kladné multikulturní prostředí

Jednou z možností, jak můžeme všechny žáky připravovat na pluralistickou nebo kulturně rozmanitou společnost, je **multikulturní vzdělávání**. Multikulturní vzdělávání má podporovat hodnotovou rozmanitost kultur v našich zemích a pomáhat žákům vidět, co mají jednotlivé skupiny společného. V kladném multikulturním prostředí:

- učitel očekává od všech žáků dobré výsledky bez ohledu na jejich rasu, pohlaví, třídu, kterou navštěvují, a etnickou příslušnost, přičemž učební prostředí podporuje kladné interakce mezi jednotlivými žáky;
- vyučovací materiály jsou kontrolované, zda nejsou jednostranné;
- v kurikulu jsou zařazena témata odrážející historickou zkušenost všech kultur;
- je vyvíjeno úsilí o dosažení většího pochopení a uznání všech kultur;
- vzdělávací cíle a didaktické techniky odrážejí kulturně podmíněné učební styly všech žáků;
- je věnován čas na odstraňování nesprávných názorů, stereotypů a předsudků;
- na nástěnkách a třídních výstavkách jsou obrázky lidí pocházejících z mnoha různých prostředí apod. (Pasch a kol., 1998, s. 308)

2.7. Přístupy Rady Evropy, OECD a Evropské unie k multikulturní výchově

Dnes je multikulturní výchova součástí oficiální vzdělávací politiky a je hojně podporována aktivitami UNESCO, Rady Evropy, Evropské unie aj. K tomu napomáhá i velký počet příruček pro učitele, které instruuji, jak mají nejlépe provádět multikulturní výchovu ve vyučování i mimo ně. Má se za to, že uplatňování multikulturní výchovy ve školách může přispívat k porozumění jiným kulturám a soužití s nimi zejména v situacích, kdy do mnoha evropských států se zvyšuje imigrace z neevropských zemí. (Průcha, 2000)

Rada Evropy (*Council of Europe*), jejímž členem je mezi 40 jinými státy i Česká republika, se v posledních dvou desetiletích intenzivně zabývala multikulturní výchovou – ve svých dokumentech používá většinou termín „interkulturní výchova“ (*interkultural education*). Aktivity rady Evropy se projevují v produkci velké řady doporučení a koncepčních materiálů k tomu, jak interkulturní výchovu ve školách evropských zemích realizovat.

OECD (*Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj*), sdružuje 30 evropských a dalších zemí včetně České republiky, je ve svých aktivitách zaměřena hlavně na ekonomické záležitosti, ale také na s nimi související záležitosti vzdělávání. Protože vzdělávání je mimo jiné ovlivňováno kulturními faktory, nepřekvapuje, že OECD věnuje pozornost i problematice multikulturní výchovy. O tom svědčí zejména sborník *Multikultura Education* (1987) jde o tyto typy realizace uplatňované v zemích OECD:

- **Kulturní homogenizace skupin:** Žáci stejné kulturní společnosti jsou shromažďováni pro různé edukační účely do homogenních skupin. Je to nutné zejména v těch případech, kdy jazyková omezení (když žáci etnických minorit apod. neovládají dostatečně jazyk, v němž probíhá vyučování) zabraňují začleňovat tyto žáky do běžných tříd.
- **Eliminace negativních prvků v kurikulech:** V důsledku tlaku ze strany ochrany lidských práv a růstu „multikulturního vědomí“ mnohé země zahájily revizi školských učebnic a výukových materiálů tak, aby z nich byly odstraněny negativní stereotypy o jiných kulturách a etnických skupinách.
- **Zařazování kulturně relevantních obsahů ve vzdělávacích programech:** V řadě zemí OECD jsou prováděny jen menší „kosmetické úpravy“ vzdělávacích programů tak, že jsou v nich zmínky o různých kulturách, etnikách apod. Některé programy jdou však dále a zařazují zcela nová témata týkající se kultur, zejména v společenskovědních předmětech, dějepisu a literatuře.
- **Uznání minoritního jazyka:** Ačkoliv jazyk je integrální součástí kultury, mnohé země proklamující multikulturní výchovu se brání tomu, aby zařazovaly ve školách výuku v jazyce minorit. Toto uznání by se mělo realizovat pro dva účely“ jednak aby byl

minoritní jazyk vyučovacím jazykem pro děti příslušné minoritní skupiny, jednak aby se stával vyučovacím předmětem pro žáky majoritní populace.

- **Proškolování pedagogických pracovníků:** Mnohé země OECD organizují výcvikové semináře a jiné formy vzdělávání pro učitele a školské manažery, aby se stali citlivějšími k problémům etnických minorit. Tyto proškolování akce obsahují informace o způsobu života, zvycích a očekáváních příslušníků minorit, s jejichž dětmi se učitelé setkávají ve školách. Jen v některých zemích je však multikulturní výchova zařazena jako součást přípravy budoucích učitelů.
- **Zajišťování pedagogických pracovníků z téže kulturní skupiny:** Považuje se za důležité, aby žáci každé kulturní skupiny měli ve školách „své“ učitele, tj. z řad jejich vlastní skupiny, ovládající jejich jazyk atd. V mnoha zemích OECD se tento požadavek nedaří splňovat, neboť je nedostatek kvalifikovaných učitelů pro žáky každé kulturní skupiny, zejména v těch případech, kdy jde o skupinu s celkově nízkou vzdělanostní úrovní. V těchto případech je používáno i služeb polokvalifikovaných či nekvalifikovaných asistentů učitelů.
- **Poskytování multikulturních informací pro jiné než minoritní skupiny:** Multikulturní programy nejsou omezovány jen na školu, ale jsou vyvíjeny i pro ostatní majoritní populaci. Účelem je pěstovat v obyvatelstvu pozitivní postoje ke kulturním diferencím.

Evropská unie vyvinula řadu projektů a programů pro realizaci interkulturní výchovy. Jedním z nich je projekt *Rozvíjení interkulturního názoru* (Developing an interkultural Outlook, 1997). Jde o projekt obsahující návody a cvičení k tomu, aby různé společenské organizace a skupiny mohly uskutečňovat akce zaměřené proti rasismu. Informace o provádění interkulturní výchovy v zemích Evropské unie poskytuje dokument *Intercultural Education in European Union: Local, Regional and Interregional Activities* (1999). Dokument popisuje jednotlivé případy „dobré praxe“ v lokální a regionální politice interkulturní výchovy, obsahující některé inovativní a netradiční postupy. Jde o projekty, programy, partnerství, informační sítě aj. zaměřené na vyučování jazyků v multikulturní společnosti; integraci imigrantů z různých kulturních a etnických společenství; potírání rasismu a xenofobie; podporování interkulturního přístupu ve školním vyučování aj. Je popsáno celkem 17 případů realizovaných projektů multikulturní výchovy. (Průcha, 2001, s. 79-83)

3. Témata transkulturního ošetrovatelství

V následujících kapitolách se pokusíme zmapovat možné tematické okruhy, které by bylo žádoucí do oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství začlenit. Považujeme za důležité, aby všeobecné sestry disponovaly znalostmi z oblasti antropologie, politiky, znaly základy vybraných kultur, víry a náboženských směrů, specifík interpersonální komunikace s kulturním podtextem atd.

3.1. Základní pojmový aparát

3.1.1. Etnikum, etnicita, etnické vědomí

Etnikum

Výraz "etnikum" pochází z antické řečtiny, v níž ethnos znamenal "kmen, rasa, národ"- což mimochodem dokládá, že teorie o etnické diferenciaci lidstva mají velmi staré kořeny. V současné vědě se s pojmem *etnikum/etnická skupina* (*ethnic group*, něm. *Ethnikum, etnische Gruppe*) setkáváme především v etnologické, kulturněantropologické a sociologické literatuře. (Průcha, 2001, s.17)

Etnická skupina

Etnická skupina je označení sociální skupiny, která žije uvnitř většího kulturního a sociálního celku a vykazuje specifické etnické rysy; mezi nejzávažnější patří jazykové, náboženské, barva pokožky, národní nebo geografický původ předků, rasové aj. rysy. Označení etnická skupina však bývá také zužováno na náboženské, rasové, národn(ostn)í, kulturní aj. skupiny. Vlastní obsah označení je závislý na pojetí termínu „etnický“. V posledních letech se však pod „etnikem“ začínají více zdůrazňovat nikoliv pouze biologické znaky, nýbrž znaky socio-kulturní, jako mravy, zvyky, obyčeje, sociální dědictví a vzájemné vztahy mezi biologicko-genetickými znaky a znaky sociokulturními. (Geist, 1992, str.387)

Souhrnně lze říci, že etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou. (Průcha, 2001, str.18)

Etnicita

Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu, působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu.

Pojem etnicita je pro teorii multikulturní výchovy pojmem ústředním. Je tomu tak proto, že etnicita - tedy souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum - je úzce spojena s prvky příslušné kultury. Takže pokud má být cílem multikulturní výchovy poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika - nositele těchto kultur. (Průcha, 2001, s.18)

Etnická příslušnost

Etnická příslušnost je sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity.

Objektivními komponenty etnicity se rozumí teritorium, jazyk aj., za subjektivní komponenty se považují postoje, zvyklosti nebo hodnotový systém. To, jak se projevuje etnická příslušnost, závisí především na tom, zda je uvědomována a může být ze svobodné vůle

jednotlivce proklamována či nikoliv - jinak řečeno závisí na "etnickém vědomí". (Průcha, 2001, s.18)

Etnické vědomí

Etnické vědomí je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu. Jako forma společenského vědomí je souhrnem názorů na původ, etnický prostor (vlast), historické osudy, postavení, úlohu a povahu vlastního etnika a na jeho místo mezi ostatními etniky.

Pojem etnické vědomí je v podstatě shodný s pojmem **etnická identita** (ethnic identity), který se používá v sociálních vědách. (Průcha, 2001, s.19)

3.1.2. Národ, národnost, národnostní menšina

Národ

Termín národ, označuje celou řadu vzájemně historicky, kulturně, ekonomicky a sociálně diferencovaných sociálních jevů, z čehož vyplývá mj. také značná nejednotnost a spornost vymezení. (Geist, 1992, s. 244)

Vymezení pojmu „národ“:

A/ Sociologické vymezení: Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. K této definici se uvádějí tři typy kritérií, jimiž jsou národy identifikovány:

1. **Kriterium kultury:** *Spisovný jazyk* (především u národů Evropy a mnoha národů Asie) nebo společné *náboženství* (např. u národů Blízkého východu) nebo *společná dějinná zkušenost* (např. v USA - pokud se rozlišuje „americký národ“).
2. **Kriterium politické existence:** Národy mají buď vlastní *stát*, nebo *autonomní postavení* v mnohonárodnostním či federativním státě.
3. **Psychologické kritérium:** Subjekty národa (jednotlivci) sdílejí společné *vědomí* o své příslušnosti k určitému národu.

Ve většině případů se všechny tři kritéria kombinují, tj. národy lze vymezovat zároveň kulturně, politicky a psychologicky, a jednotlivá kritéria se mohou projevovat silněji či slaběji, či mohou dokonce chybět.

B/ Historiografické vymezení:

Tři okolnosti jsou nezbytnou podmínkou pro existenci národa:

- 1) že je občanskou pospolitostí rovnoprávných jedinců,
- 2) že každý nebo téměř každý z těchto jedinců si je vědom své příslušnosti k národu,
- 3) že národní pospolitost prošla shodnou historií, má "společný osud", ať již byla jeho konkrétní politická podoba jakákoliv. (Průcha, 2001, s. 21-22)

Národnost

Národnost je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. *Statistická komise OSN* doporučuje zjišťovat národnost obyvatel na základě tohoto širokého vymezení: „*příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace*". (Průcha, 2001, s. 22-23)

Národnost jako příslušnost k určitému národu je v současném světě chápána ve dvojitým smyslu pojmu „národ“, na jedné straně *ve smyslu etnickém*, na straně druhé *ve smyslu politickém*. Národ ve smyslu etnickém je soubor osob obvykle se společným jazykem, společnou historií, tradicí a zvyky, společným územím a národním hospodářstvím. Národ ve smyslu politickém je prostě soubor občanů určitého státu, tedy soubor osob se státní příslušností tohoto státu.

Obyvatelé každého státu se dělí na občany tohoto státu (státní příslušnost) a na cizince, kteří jsou buď příslušníky jiného státu (cizí státní příslušníky), nebo jsou bezdomovci (lidé, kteří nemají žádné státní občanství). Státní občanství (státní příslušnost) se v některých zemích pojímá jako příslušnost k politickému národu. To vede k tomu, že v některých evropských jazycích se označuje národnost (samozřejmě ve smyslu příslušnosti k politickému národu) dvěma výrazy, které původně vznikly z jiných kořenů, ale dnes jsou vnímány jako synonyma (např. ve francouzštině *nationalité* a *citoyenneté*, v angličtině *nationality* a *citizenship*).

V těchto jazycích je pak nutno rozeznávat mezi státním občanstvím jako národností politickou či též národností legální (*nationalité politique*, *legal nationality*) a národností etnickou (*nationalité ethnique*, *ethnic nationality*). Označení národa (Francouz, Turek, etc.) je u nás vnímáno jako označení etnického národa na rozdíl od řady států západní Evropy, kde je to vnímáno jako označení politického národa (tedy státního občanství). V západní Evropě se v případě národa etnického mluví o etnickém Francouzovi, etnickém Turkovi etc.).

Závažnost problému dvojího pojetí národnosti je menší u zemí národnostně homogenních a větší naopak u zemí národnostně heterogenních, tedy zemí národnostně smíšených. V naší zemi již tradičně převládá spíše pojetí národa a národnosti ve smyslu etnickém. Zdůrazňování občanského pojetí naší společnosti v posledním období naznačuje odklon současné široké politické reprezentace od etnického pojetí národa k pojetí politickému.

Po formální stránce je daleko jednodušší a jednoznačnější zjišťování národnosti ve smyslu politickém: státní občanství je právní skutečnost, podložená nějakým zápisem nebo dokumentem. Státní občanství se získává narozením, příp. sňatkem, někdy i na základě určité doby pobytu v dané zemi apod. Státní občanství musí být někde doloženo tzv. domovským právem v některé obci daného státu (domovská obec), což je vlastně jakési malé státní občanství. Toto domovské právo (domovská příslušnost) získává osoba na základě obdobných podmínek jako u státního občanství: narozením, sňatkem, dobou pobytu a někdy též i vlastnictvím nemovitosti nebo podnikáním v dané obci a v souvislosti s tím i placením daní v obci. Domovské právo v bývalém Československu zaniklo koncem čtyřicátých let; příslušná práva byla dále spojena s místem trvalého pobytu. V řadě zemí existuje domovské právo v určité formě dosud.

Zjišťování národnosti etnické je nepochybně složitější než zjišťování národnosti politické, neboť státní občanství je ověřitelný objektivní znak. Naproti tomu objektivní vymezení národnosti v etnickém smyslu není jednoduché. Jediným objektivnějším znakem příslušnosti k národu se zdá být jazyk, kterým příslušníci národa mluví. Snadno se ovšem přesvědčíme o tom, že jazyk není vždy to rozhodující kritérium rozlišení národa. Známe národy, o jejichž existenci nepochybujeme, a přesto mluví týmiž jazyky (Němci, Rakušané, Lucemburčané ...) a naopak národy, které se za národy nepochybně považují a při tom mluví různými jazyky (Švýcaři, Američané, Číňané ...). V první řadě jde spíše o etnické pojetí národa, který však žije ve svém národnostním státě s určitými národnostními minoritami, v druhém případě jde spíše o politické pojetí národa, který má však delší, či kratší společnou historii a tím i vytvořenou společnou tradici a zvyklosti.

Zjišťování etnické národnosti může být pojato teoreticky buď jako zjišťování objektivní, nebo jako zjišťování subjektivní. Pro první typ zjišťování je třeba vymezit objektivní znaky podle kterých je možné určit národnost. Pro druhý typ je možné použít známé deklaratorní metody, tj. formulovat otázku na národnost, kterou položíme sčítaným. Na první pohled je to problém stejný, tj. problém definice národ a národnosti, ale přece jen druhý typ zjišťování celý problém zjednoduší, neboť řešení se přesune na sčítaného otázkou: „Se kterým národem se cítí sčítaný vnitřně spjat?“. Nejde přitom jen o samoúčelný přesun otázky na sčítaného, ale také o cestu jak zohlednit skutečnost, že národnost není bezpochyby jenom objektivní kategorie, ale

i subjektivní postoj sčítaného. Příslušnost k národu není vždy jen otázka objektivních znaků (národnost rodičů a mateřský jazyk, příp. národnostní prostředí, ve kterém sčítaný žil ...), ale také - a to lze říci, že především – pocitem skutečné vnitřní sounáležitosti s národem, s jeho historií, s jeho tradicemi a zvyklostmi, a lze říci přímo i s vůlí tuto příslušnost deklarovat. Národ třeba chápat také jako soubor lidí, kteří mají vůli svou sounáležitost s národem hlásat. V tomto smyslu lze považovat všechna čs. sčítání lidu od samého počátku v roce 1921 za národnostní plebiscit. V každém z těchto sčítání se jednotliví sčítaní přihlašovali zcela nezávisle k jednotlivým národnostem, a to bez ohledu na údaje v osobních dokumentech, což není obvyklá praxe ve všech zemích.

Tento subjektivní přístup ke zjišťování národnosti, označovaný jako deklaratorní metoda zjišťování národnosti, byl v řadě čs. sčítání doplněn objektivním zjištěním mateřského jazyka sčítaného obyvatelstva. Konfrontace údajů o deklarované národnosti a zjištěném mateřském jazyce přispívá k objasnění podmínek utváření národa a národnostních skupin, žijících na daném území. Určitou nevýhodou deklaratorní metody je to, že za určité politické situace umožňuje určité konjunkturální překlánění národnosti. (Roubíček, 1997, s. 152-155)

Národnostní menšiny

Výraz „národnostní menšina“ bývá užíván k tomu, aby bylo možno zařadit pod jeden stručný „střešní“ termín všechny typy a kategorie etnických společenství s výjimkou státních národů na „vlastním“ teritoriu, tedy (a) jako „malá etnika“ nedisponující vlastním národním státem, tak (b) části velkých státních národů sídlící na území jiného státu, resp. (c) specifické případy na pomezí etnografické či sociální skupiny aj.

Příkladem národnostních menšin sub (a) jsou např. Baskové ve Španělsku jako etnická skupina bez vlastního národního státu. Příkladem sub (b) jsou naopak Španělé na území Francie, kteří ale mají svůj vlastní národnostní stát (Španělsko). Specifickým příkladem sub (c) jsou Rómové a Židé, kteří žijí rozptýleně po celé Evropě i jinde (zejména v USA).

Problém národnostních menšin je dále komplikován tím, že některé národnosti se vymezují nikoliv na základě etnického kriteriá, nýbrž na základě náboženského či rasového kriteriá. Vznikají tak skupiny populace označované jako **náboženská menšina** nebo **rasová menšina**. V České republice se to vztahuje na Židy a Rómy. (Průcha, 2001, s. 25)

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů, který schválila Poslanecká sněmovna ČR 10.7.2001 a který nabyl účinnosti dnem vyhlášení 2. srpna 2001, vymezuje pojem národnostní menšina v paragrafu 2 takto:

1. Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany a zájmů jejich společenství, které se historicky vytvořilo.
2. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti.

Z této zákonné definice tedy vyplývají následující charakteristiky národnostní menšiny:

- jedná se o skupinu občanů ČR;
- odlišují se od většiny počtem, jazykem, kulturou, původem, tradicemi;
- spojuje je úsilí o zachování a rozvoj svébytnosti menšiny;
- menšina má historickou souvislost s ČR.

Jak uvádí důvodová zpráva výše zmíněného zákona, **na území ČR žijí tyto národnostní menšiny**: bulharská, chorvatská, maďarská, německá, polská, rakouská, romská, rusínská, ruská, řecká, slovenská a ukrajinská. Dále je v této zprávě uvedeno, že na území ČR existují další etnické a národnostní skupiny, avšak nejedná se o menšiny, neboť jejich příslušníci nejsou občany ČR – jde např. o Vietnamce, Rumuny. (Tomášková, 2001, s. 32-33)

Velmi často se minoritní národnostní skupiny soustřeďují na určité území (popř. v určité městské čtvrti), kde naopak vytvářejí často majoritní národnostní skupinu, což bývá podmíněno obvykle historicky. Národnostní menšiny v České republice najdeme jednak ve Slezsku a na severní Moravě (minorita polská) a jednak v celém pohraničí (minorita německá a slovenská). Území polské minority je tradiční a leží při polské hranici. Území německé minority je území, kde původně (do poválečného odsunu) sídlili Němci naopak jako lokální majorita. Území slovenské minority je území silnější koncentrace Slováků v našem státě a souvisí s poválečným doosídlováním českého pohraničí, kterého se zúčastnilo mnoho Slováků často i zahraničního původu. To samozřejmě neznamená, že příslušníky uvedených národnostních menšin nenajdeme na jiném území našeho státu, byť ovšem v daleko menší koncentraci. (Roubíček, 1997, s. 155)

3.1.3. Kultura, enkulturace, akulturace, asimilace, kulturní šok

Kultura

Pojem kultura má svůj etymologický původ v antickém středověku. Vznikl z latinského „colo“, resp. „colere“ a byl původně spojován s obděláváním zemědělské půdy (agri cultura). Novou dimenzi pojmu kultura odkryl slavný římský filozof Marcus Tullius Cicero (106-43 př. n. l.), když v *Tuskulských hovorech* (45 př. n. l.) nazval filozofii **kulturou ducha** („cultura animi autem philosophia est“). Tím položil základ pojetí kultury jako charakteristiky lidského vzdělání. (Soukup, 2000, s. 13)

Obecné či univerzální vymezení pojmu "kultura" je nesnadné - hlavně z toho důvodu, že tento pojem je vystihován velkou spoustou definic vytvořených ve filozofii, antropologii, kulturologii a jinde, které postihují fenomén kultury vždy ze svého specifického hlediska. (Průcha, 2001, s.31)

V současné odborné literatuře převládají tři základní přístupy k vymezení rozsahu a pojmu kultura:

1. Tradiční **axiologické pojetí kultury**, vycházející z humanistické a osvícenecké tradice používání tohoto pojmu ve filozofii a uměnovědách. Axiologická koncepce kultury je výrazně hodnotící. Omezuje rozsah třídy kulturních jevů pouze na sféru pozitivních hodnot, které přispívají ke kultivaci a humanizaci člověka a k progresivnímu rozvoji lidské společnosti. Do kultury jsou tak tradičně zahrnovány zejména takové oblasti duchovních hodnot společnosti jako umění, věda literatura, osvěta, výchova, ušlechtilé a pokrokové ideje apod.
2. Globální **antropologické pojetí kultury**, zahrnují do kultur nejen pozitivní hodnoty, ale všechny nadbiologické prostředky a mechanismy, jejichž prostřednictvím se člověk jako člen společnosti adaptuje k vnějšímu prostředí. Antropologické pojetí kultury nemá hodnotící funkci. Díky tomu lze charakterizovat a klasifikovat různá společenství v čase a prostoru podle jejich specifických kulturních prvků a komplexů. To umožňuje komparativní výzkum **sociokulturních systémů** (kultur, subkultur, kontrakultur) v čase a prostoru. Antropologické pojetí kultury chápeme jako systém **artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí** sdílených a předávaných členy určité společnosti se prosadilo zejména v sociální a kulturní antropologii, archeologii, etnografii, etnologii, sociologii, psychologii a kulturologii.

3. **Redukcionistické pojetí kultury** zahrnuje velké množství přístupů, pro které je typická snaha omezit rozsah pojmu kultura pouze na určitý výsek sociokulturní reality. Snaha vymezit antropologický pojem kultury tak, aby zahrnoval méně a odhaloval více, je charakteristická například pro přístupy rozvíjené v rámci směrů současné kognitivní a symbolické antropologie. V protikladu ke globálnímu pojetí kultury jsou rozvíjeny zejména sémiotické přístupy, které redukují pojem kultura na systém znaků, symbolů a významů, sdílených členy určité společnosti. (Soukup, 2000, s. 15-16)

Charakteristiky kultury:

- *Kultura je produktem učení.* Není instinktivní či vrozená. Osvojujeme si ji po narození prostřednictvím životních zkušeností.
- *Kultura je produktem vyučování.* Přenáší se z rodičů na děti a z nich na další generace. Učit se mohou všechny zvířata, ale kulturu mohou přenášet jedině lidé. Hlavním nositelem kultury je jazyk.
- *Kultura je sociální.* Rodí se a vyvíjí v rámci vztahů mezi lidmi.
- *Kultura je přizpůsobivá.* Zvyky, přesvědčení a praktiky se pomalu mění a vždy se přizpůsobují sociálnímu prostředí i biologickým a psychologickým potřebám lidí. Při měnících se životních podmínkách se mohou některé tradiční formy kultury postupně oslabovat, až se úplně vyloučí. Například bylo zvykem, že několik generací v rodině žilo spolu (rozšířené rodiny), ale vzdělávání či zaměstnání si od dětí čím víc častěji vyžaduje, aby svoje rodiče opustily a přestěhovaly se do jiné části krajiny. Tím se změnily i normy týkající se široké rodiny.
- *Kultura je integrující.* Prvky kultury mají tendenci vytvářet konzistentní a integrovaný systém. Například náboženské přesvědčení a praktiky ovlivňují organizaci rodiny, ekonomické hodnoty i zdravotnické praktiky a zároveň jsou nimi ovlivňovány.
- *Kultura je souhrnem určitých představ.* Představivost je schopnost vyjádřit určité představy o věcech a jevech. Zvyky skupiny, které jsou součástí kultury, prezentují do značné míry ideální normy modelů chování. Konání jedinců však těmto normám nemusí vždy odpovídat, protože lidé naplňují ideály podle vlastních představ a ty se mohou odlišovat od představ společnosti a celku.
- *Kultura má přinášet uspokojení.* Kulturní návyky přetrvávají pouze do té doby, dokud uspokojují potřeby lidí: uspokojení návyky a přesvědčení posiluje. Pokud ztratí svoji funkci, postupně se od nich upouští. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 745-746)

K pojmu kultura se váže řada teorií, které mají svůj základ v různých disciplínách:

Kulturní pluralita je teoretický princip, podle něhož se uznává, že jednotlivá společenství (národy, etnika, kmeny, rasy, náboženské skupiny) mají své specifické kultury, které je nutno považovat za zcela rovnocenné. Proto je třeba tolerovat způsob života cizích společenství a respektovat existenci odlišných hodnot a norem. Není tedy oprávněné považovat kulturu určitého společenství za primitivní či barbarskou jen proto, že neodpovídá např. kultuře ekonomicky vyspělých evropských národů. Uznání tohoto principu bývá označováno též jako teorie kulturního relativismu. (Průcha, 2001, s. 32)

Kulturní relativismus je teoreticko-metodologický přístup ke studiu kulturních jevů, předpokládající, že jednotlivé kultury představující jedinečné a neopakovatelné sociokulturní systémy, které je možno popsat a pochopit pouze v kontextu jejich vlastních hodnot, norem a idejí. (Soukup, 2000, s. 204)

Etnocentrismus je opakem kulturního relativismu, je to tendence poznávat, hodnotit a interpretovat okolní svět jen z perspektivy kultury vlastního společenství. (Soukup, 2000, s. 201)

Je známo z historie, že už antičtí Římané uplatňovali etnocentrismus, protože všechna okolní etnika - zejména Galy a Germány- považovali za barbary a jejich kulturu ve srovnání s kulturou Říma za méněcennou. Avšak není nutno se k historii, neboť etnocentrické postoje se projevují i v dnešních společnostech, a to i v oblasti vzdělávání. (Průcha, 2001, s.32)

Kulturní vzory

Kulturní vzory jsou definovány jako naučená a závazná schémata pro jednání ve standardních situacích, navenek vystupujících v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu. (Soukup, 2000, s. 205)

Tato definice vystihuje vnější stránku kulturních vzorců (jednání), ale nezahrnuje jejich genezi: Kulturní vzorce jsou z generace na generaci předávány, a to již od nejmladšího věku dětí. A právě tento reprodukční charakter kulturních vzorců má pro teorii a praxi multikulturní výchovy značný význam. Proto považujeme za výstižnější sociologická definice: „Vzor kulturní je systém forem chování, hodnot a norem charakteristický pro danou společnost, který je obecně přijímán a napodobován, vstupuje do procesu socializace jedinců, reprodukuje se v kulturních výtvorech a stabilizuje se ve zvycích a obyčejích.“

Teorii kulturních vzorců vyvinula americká antropoložka R. Benedictová. (Průcha, 2001, s. 33)

Enkulturation

Enkulturation je proces začleňování jedince do kultury, který zahrnuje osvojení artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí sdílených členy dané společnosti. (Soukup, 2000, s. 201)

Enkulturation je vědomé nebo nevědomé vrůstání (integrace jedince) do vlastní kultury, tj. do kultury sociálního útvaru, jemuž jedinec náleží.

Pojem enkulturation se překrývá s pojmem socializace, zavedl ho do literatury M. J. Herskovits a rozumí jím „zkušenost získanou učením, jejímž prostřednictvím docíluje člověk na začátku i v dalším průběhu života příslušnost k vlastní kultuře. Je to v podstatě proces vědomého nebo nevědomého podmiňování, uskutečňovaný v sankcionovaných hranicích daného souboru obyčejů“. Herskovits pojem enkulturation považuje za širší než socializace a za jeho protiklad považuje akulturaci. Herskovitsovo označení se příliš nevžilo.

D. Claessens považuje akulturaci za tu část utváření osobnosti, která následuje za socializací, ale prakticky s ní splývá a spočívá v přeměně vnější sociální kontroly ve vnitřní kontrolu individua; je tak vlastně osvojením si obecnější „kulturní role“ a specifitějších „sociálních rolí“, resp. „proces enkulturation znamená zaopatření osobní a sociální identity dorůstajícímu jedinci staršími jedinci“. (Geist, 1992, s. 80)

Akulturace

Akulturace je typ endogenní kulturní změny, k níž dochází při vzájemném kontaktu různých kultur. (Soukup, 2000, s. 199)

Akulturace je:

1. *Proces sociálního učení*, jímž jedinec nebo skupina získává a osvojuje si přímou a déle trvající interakcí s jinou (cizí) kulturou charakteristické znaky (cizí) kultury. Akulturací se také rozumí výsledek tohoto procesu, který lze považovat za interkulturní sociální proces.

Akulturaci proces prochází několika fázemi. V první fázi dochází k výběru určitých prvků jiné kultury a zamítnutí jiných, v druhé fázi dochází k postupnému osvojování vybraných prvků, přičemž velmi často jsou přijímané prvky modifikovány

a přizpůsobovány vlastní, socializačním procesem osvojené kultuře. V některých případech dochází k dezintegraci a konfliktům mezi oběma kulturami, po nichž nastane integrace v novém útvaru, který se zcela nebo částečně liší od obou starých. Akulturace však není pouze jednosměrným procesem (srv. socializace, asimilace, enkulturace).

2. *Předávání kultury z generace na generaci.*
3. *Adaptace* člena (-ů) cizí skupiny (out-group) na chování vlastní skupiny (in-group).
4. *Vrůstání jedince* do kulturního společenství, které má šest fází: 1. rané dětství se vztahem k matce, 2. dětství se vztahem k hračkám, 3. chlapectví se vztahem ke skupině, 4. preadolescence s egocentrismem a přelétavým přátelstvím, 5. adolescence s trvalejším přátelstvím a 6. zralost s plným zařazením do společnosti. V tomto významu je synonymem socializace. (Geist, 1992, s. 19)

Asimilace

Asimilace je postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní, přejímané kultury. V průběhu přirozené, nenásilné asimilace může docházet k vzájemnému obohacování participujících etnických aj. společenství.

S procesem asimilace, resp. s jejím chápáním buď jako pozitivního, nebo negativního procesu, jsou spjaty velké potíže. V současnosti jde zejména o to, jak vyřešit rozpor mezi tím, aby se určité etnikum (např. národnostní menšina) adaptovala v prostředí většinové populace, přijímalo určité prvky dominantní kultury - a zároveň aby si uchovalo svou vlastní kulturu a nerozplynulo se v kultuře dominantní. Dnes téměř v každém evropském státě existují určité etnické menšiny, ať už původní (autochonní) nebo vzniklé imigrací, a všude se objevuje tentýž problém asimilace a akulturace, avšak s rozdílnými výsledky.

Akulturační a asimilační procesy mívají složitý průběh a mohou vést až k překvapivé syntéze - k vykrystalizování nové kultury při průniku několika kultur. Jako nejvýraznější příklad se uvádí současná kultura USA, vzniklá jako „tavící koteln“, v němž se po několik století mísily kultury Irů, Britů, Slovanů, Italů a jiných evropských i neevropských přistěhovalců, až toto míšení dalo vznik současnému americkému národu a jeho specifické kultuře. (Průcha, 2001, s. 34-35)

Kulturní šok

Kulturní šok je psychický i sociální otrěs způsobený konfrontací jednotlivce nebo sociální skupiny s cizí, neznámou a doposud neinteriorizovanou kulturou. (Soukup, 2000, s. 205)

Kulturní šok patří mezi přirozené reakce, které se objevují u lidí pobývajících delší dobu v cizím prostředí. Nejistota ve vztahu k platným pravidlům, zvykům a zvládnutí místního jazyka vyvolává stav dezorientace a anomie. Výzkumy zabývající se tímto tématem prokázaly, že v období kulturního šoku se častěji vyskytují psychosomatické potíže, stavy podrážděnosti, zvýšené únavy a apatie. Více tíhneme k vidění negativních věcí, vyzdvihování a idealizování vlastních kulturních hodnot. Etnocentrismus nám brání odložit naše kulturní „brýle“ a vnímat nový kulturní kontext, v němž se pohybujeme. Posuzujeme okolí prostřednictvím našich kulturních norem a pravidel, které nám v tomto období připadají nejspravedlivější a nejvíce přirozenější. (Potočková, 1998, s. 34)

Fáze kulturního šoku:

1. *První fáze.* Iniciační fáze se vyznačuje excitací a nazývá se také „fází medových týdnů“. Lidé jsou stimulováni pobytem v novém prostředí. Chování, které iniciuje takovýto pocit, záleží na etnickém původu jedince a jeho osobnosti. Někteří jedinci vyjadřují svoje vzrušení navenek, jiní mlčí. Snaží se poznat normy chování nového prostředí a často se ptají na různé věci.
2. *Druhá fáze.* Jen co se jedinec začne cítit v novém prostředí příjemně, nastupuje druhá fáze, tedy fáze realizace života v novém prostředí. Když se dopouští mnoha chyb, často

může být frustrovaný a prožívat roztrpčení či pocit méněcennosti a vlastní nedokonalosti. To všechno se odráží na jeho sebehodnocení a sebeúctě. K těmto nepříjemným pocitům se připojuje ještě pocit osamělosti. I když ho obklopuje hodně lidí, nemusí se najít nikdo, kdo by ho povzbudil a podpořil jeho sebeúctu. Krize, kterou prožívá, se může projevit střídáním období uzavřenosti nebo hněvu.

3. *Třetí fáze.* V třetí fázi si hledá jedinec přiměřené modely chování. Vytváří si přátelské vztahy a často poskytuje rady osobám, které se do tohoto prostředí přestěhují. Běžné přátelské vztahy mají pro něho často větší význam a konverzace se týká převážně této části života. V třetí fázi se už oslabují vazby k předcházející kultuře.
4. *Čtvrtá fáze.* Ve čtvrté fázi už žije jedinec celkem poklidně a efektivně. Osoba, která se v této fázi vrátí do předcházející kultury, může utrpět obrácený kulturní šok. (Kozierová, Erbová, Olivieriová 1995, s. 764)

3.1.4. Předsudky a stereotypy

Jednou ze zvláštností multietnické a multikulturní reality světa je to, že v ní hrají významnou roli předsudky a stereotypy. Tyto pojmy mají stejnou psychologickou podstatu: **Jsou to představy, názory a postoje, které určité skupiny lidí chovají k jiným skupinám nebo k sobě samým (autostereotypy).** Tyto názory a postoje jsou relativně neměnné, přenášeny mezi generacemi a obtížně odstranitelné. Předsudky a stereotypy mají silný emocionální náboj, zatímco racionální obsah v nich může být potlačen. Různí autoři poukazují na to, že nedostatečná objektivní znalost určitého předmětu či skupiny lidí je vynahrazována v předsudku či stereotypu zevšeobecňujícím názorem či představou přijímanou neověřeně od jiných lidí. (Průcha, 2001, s. 37)

Stereotypy jsou mínění o třídách individuí, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovité způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují; nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou přebírány a udržují se tradicí. (Nakonečný, 1997, s. 223)

Předsudky představují zvláštní komplex v podstatě nezdůvodněných postojů a stanovisek, které si lidé osvojují docela nenápadně pod vlivem prostředí nebo je převezmou od nějaké „autority“. Předsudky jsou vlastně laciné berličky, s jejichž pomocí lze docela snadno překonávat obtíže, které provázejí formování vlastního názoru na něco, co se poněkud vymyká našemu zaběhnutému vidění okolního světa. (Šišková, 1998, s. 10)

České stereotypy přisuzují jiným národům např. tyto vlastnosti: Němci - pilní, pracovití, agresivní; Francouzi - galantní, jednající se šarmem; Italové - hluční, veselí, nespolehliví; Rusové - pohostinní, srdeční, nekulturní atd. Samozřejmě obdobné stereotypy mají jiné národy o Čechách.

Etnické, rasové a národnostní předsudky a stereotypy zkoumají sociologové a sociální psychologové, neboť je jisté, že tyto fenomény sehrávají roli při vzájemné percepci etnik a národů a tím i při jejich soužití. Jsou významné také v etnicky konfliktních situacích, kdy vytvářejí zábrany při vyjednávání, nedůvěru apod. předsudky a stereotypy se běžně šíří všemi formami masové komunikace, jsou obsaženy ve školních učebnicích a v politice slouží k manipulaci veřejného mínění.

Je nějaký rozdíl mezi předsudky a stereotypy? Někteří odborníci mezi těmito pojmy rozdíl nečiní, jiní odborníci odlišují předsudky jako takové názory a postoje, které obsahují vesměs nepříznivý nebo nepřátelský vůči jiným, zatímco stereotypy mohou být postoje neutrální nebo dokonce obsahující příznivý, pozitivní vztah. Tak pokud jde o postoje Čechů a Němců, vedle předsudků o německé výbojnosti, agresivitě a neutuchající moci k válčení udržují si Češi

(a nejen oni) stereotyp o Němcích jako důmyslných organizátorech a nositelích technického pokroku.

V České republice se dnes často setkáváme s tím (jak to prezentují hlavně media), že se nesprávně klade téměř rovnítko mezi předsudky a diskriminací. Dokonce i někteří odborníci v oblasti sociologie aj. tvrdí, že etnické klima v České republice je velmi špatné a inklinující k diskriminaci vůči Rómům. Toto pojetí je vědecky nesprávné. Mezi předsudky a diskriminací je sice vztah, ale nikoliv identita: **Chová-li někdo předsudky vůči příslušníkům jiného etnika či rasy, nedopouští se tím ještě diskriminace - ta se projevuje až faktickým jednáním.** (Průcha, 2001, s. 36-37)

3.1.5. Rasy, rasismus, produkty rasismu, xenofobie

V českém prostředí mají výrazy "rasa" a "rasismus" zvláštní konotace, tj. přidružené, asociované významy: Na jedné straně jsou u nás pocíťovány jako něco cizorodého, nepatřícího do české společnosti. Vskutku až do počátku 90. let byla problematika ras pojednávána jen v úzkém kruhu odborníků - antropologů či etnografů - a rasismus byl oficiální propagandou prohlašován za jeden z negativních příznaků kapitalismu na Západě. Ostatně české obyvatelstvo nemělo nějakou širší příležitost setkávat se s příslušníky jiných ras než své vlastní - bělošské. Rómové a Židé, kteří u nás před rokem 1989 mohli být považováni za příslušníky jiných ras, nebyli v majoritní populaci chápáni odlišně podle rasových kritérií.

Na druhé straně se u nás v současné době hojně uplatňuje výraz "rasismus", který se z jazyka masových médií rozšířil mezi obyvatelstvo. Používá se ovšem ponejvíce v souvislosti s konflikty v soužití s romskou populací v České republice nebo s činností některých extrémních hnutí, zejména skinheads. Bohužel se tento výraz používá nadbytečně a velmi nepřesně jako označení pro jakékoliv negativní postoje vůči určité etnické skupině, ačkoliv se často rasy v pravém slova smyslu vůbec netýkají.

Ovšem život v České republice se v průběhu posledních let podstatně proměnil a lidé se dnes běžně setkávají, zvláště ve větších městech, i s příslušníky jiných ras - s Vietnamci a Číňany, s černochoy z USA i z Afriky, s Pákistánci aj. Je to situace obdobná jako v mnoha jiných evropských zemích, které také donedávna byly rasově homogenní - např. státy Skandinávie - a dnes jsou v nich více či méně početné skupiny lidí jiných ras než bělošské. To vede všude k větším či menším problémům. (Průcha, 2001, s. 27)

Rasa

Rasa (race) je pojem používaný v biologii člověka a především ve fyzické antropologii. Historicky se vyvinul v souvislosti s rozvojem anatomie, kdy věda objevovala a upřesňovala, že lidský rod (*homo sapiens*) není jednotný, nýbrž odlišuje se určitými anatomickými znaky, jako je barva kůže, vlasů a očí, tvar lebky a obličej, výška a tělesné proporce. Vytvořila se antropologická teorie lidských ras či plemen, k jejímuž rozvoji významně přispěl český antropolog Aleš Hrdlička (1869-1943).

V antropologické teorii ras bylo zavedeno určité třídění lidstva - **rasová taxonomie** - převážně podle somatických (tělesných) příznaků. (Průcha, 2001, s. 27)

Za uplynulých sto let intenzivních výzkumů a bádání v antropologii a prehistorii byly shromážděny nesčetné doklady o původu a vývoji lidské společnosti na území Starého světa – v Asii, Evropě a Africe. Živočišný původ člověka a existence jeho vývoje byly potvrzeny a jsou uznávány stejně jako vývoj živočichů a rostlin. Tak jako vývoj lidstva probíhal nejprve na území Starého světa, tak i ke vzniku lidských ras mohlo dojít nejprve na velkém rozčleněném území Asie, Afriky a Evropy. V těchto třech velkých geografických oblastech se během posledního stotisíceletí diferencovaly tři velké současné antropologické skupiny, které byly dříve

označovány jako plemeno bílé, žluté (spolu s rudým) a černé; v současné antropologii pak přesněji jako:

1. **Plemeno euroasijské** (europoidní) = bílé; rozšířené původně v Evropě a Malé a Přední Asii, na Kavkaze a v severozápadní Indii.
2. **Plemeno asijsko-americké** (mongoloidní) = žlutohnědé; zajímaví většinu asijské pevniny a ostrovy v jihovýchodní Asii: sem patří i původní obyvatelé Ameriky.
3. **Plemeno ekvatoriální** (negroidní) = černé; s centem rozšíření v Africe na jih od Sahary, a zahrnující i některé malé negroidní skupiny v jihovýchodní Asii. (Wolf, 2000, s. 34)

V současném počtu více než 6 miliard obyvatel Země je nejpočetněji zastoupena rasa mongoloidní, po ní rasa europoidní a nejméně početná je rasa negroidní. (Průcha, 2001, s. 27)

Současné lidské rasy jsou nedílnou součástí jediného druhu dnes žijícího člověka – Homo sapiens sapiens. Představují velké skupiny lidí s podobnými tělesnými vlastnostmi vzniklé během vývoje lidstva. (Wolf, 2000, s. 35)

Původní geografické rozmístění plemen se v historickém vývoji značně pozměnilo přesídlováním příslušníků ras do jiných teritorií. Nejpatrnější je to na americkém kontinentu, kam se po původním obyvatelstvu mongoloidní rasy (Indiáni a Eskymáci) postupně přemísťovali lidé europoidní rasy (Evropané) a ti zase prováděli nedobrovolné osídlování kontinentu lidmi negroidní rasy (černošští otroci z Afriky). Přes všechny mohutné přemísťovací vlny a přes křížení plemen si však dodnes lidské rasy uchovávají zcela zřetelné znaky, což je zároveň příčinou určitých rasových konfliktů.

Pojem "rasa" v biologicko-antropologickém pojetí je tedy jako vědecký pojem zcela neutrální - každý z nás patří k určité rase jako každý z nás patří k určitému pohlaví. Existují ovšem antropologové, kteří rozlišování lidských ras zásadně odmítají jako nevědecké. Některí antropologové poukazují na to, že tzv. čisté rasy vůbec neexistují, protože v průběhu dějin docházelo a stále dochází k stále k intenzivnímu míšení ras, tj. přibývá dětí z rasově rozdílných rodičů. V některých zemích, např. v Brazílii, tvoří v populaci 160 milionů obyvatel asi 40% populace *mulati* (míšenci bílého a černého plemene), *mestici* (míšenci bělocha a Indiána) a *kajoti* (míšenci mulata a mestice). Podobná je i situace v jiných zemích amerického kontinentu, kde je silné zastoupení *kreolů* - což jsou míšenci původních evropských kolonistů (Španělů a Portugalců aj.) a indiánů nebo černochoů, kteří si vytvářeli specifickou kulturu a specifické jazyky - např. kreolská francouzština používaná na Haiti apod. Také v Evropě přibývá míšenců různých ras.

Je důležité vědět, že kromě somatického třídění ras ve fyzické antropologii existuje ještě pojetí ras v kulturní antropologii, sociologii, interkulturní psychologii a filozofii, které není založeno na anatomických kritériích klasifikace, nýbrž je odvozováno z kulturních fenoménů - ze vzorců chování, z jazykových a náboženských charakteristik aj. V tomto smyslu se mluví např. o germánské rase, o románské rase, o nordické (skandinávské) rase, o židovské rase, o arabské rase nebo o slovanské rase. Je v tom mnoho nejasností, zejména není spolehlivě vysvětleno, jaký je vztah mezi somatickými znaky příslušníků určité rasy a kulturními příznaky jejich chování. V této oblasti existují četné kontradiktorní teorie například o rozdílech v intelektových schopnostech Afroameričanů (černochoů v USA) ve srovnání s bělochy a o tom, jaké důsledky to vyvolává pro vzdělávání lidí obou rasových skupin. (Průcha, 2001, s. 28)

Rasismus

Podstata rasismu tkví v určité nenávisti člověka k člověku. Rodí se tedy z nedostatku tolerance, lásky, pochopení a porozumění. Je důsledkem zjednodušených a okleštěných představ

lidí, ale může být i výsledkem tuposti a nepochopení či hrubého materialismu, ale stejně tak i náboženské či ideové zatvrzelosti nebo je výsledkem primitivní ideologie, líbivých sloganů a polopravd a smyšlenek. Vždy je však výsledkem ignorování a odmítání vědeckých argumentů nebo jejich zkreslování a přizpůsobování mylným představám lidí.

Základem rasových teorií a rasistických doktrín je zpravidla teze o fyzické a psychické nerovnosti, nerovnocennosti lidských ras, případně o závislosti dějin lidské společnosti a kultury na rozdílech mezi rasami a národy.

Rasismus a rasové teorie vyzvedávají jenom určité lidi a určité etnické a jazykové skupiny s určitými tělesnými a psychickými vlastnostmi a tito lidé jsou obvykle pokládáni za vyvolené a za jediné představitele nejvyšší lidské kultury a lidstva vůbec. A všichni ostatní jsou pro ně vedlejší nebo přímo méněcenní, podřízeni, až nežádoucí. Jako by rasa byla jedinou příčinou rozkvětu anebo úpadku kultury lidí.

Rasismus a nacionalismus se obvykle vyskytují pohromadě a jsou ve své podstatě hypertrofickou modifikací biologicky účelných institucí kmenových skupin anebo zaostávajících národů a národností, u jejichž představitelů je sebeláska povýšena na úroveň vysoké kultury, ovšem za cenu falšování dějin a přecenění sebe. Tak tomu bylo například v poraženém a frustrovaném Německu po první světové válce.

Rasismus byl nejprve zdůvodňován nerovností a rozdíly všude v přírodě. Měl hlavně ospravedlnit jednání otrokářů a vládců vůbec (zvláště v autokracii, monarchiích a totalitních státech). Rasismus tak poskytoval právo jedněch druhými – kdekoliv a kdykoliv: zejména lynčování černochů v USA.

Rasismus byl konečně vždy teoretickou základnou k násilnému ovládnutí jedněch národů a států druhými a také důvodem k vyhlašování válek (většina válek v Evropě byly války „náboženské“, tj. náboženství se stalo jen záminkou, zástupným důvodem a příčinou). Zpravidla byl **rasismus** založen na těchto chybách a omylech:

1. Byl založen na směšování rasy a národa, tj. pojmů a zákonitostí biologických a společenských nebo na ještě složitějším směšování faktů a předsudků o těchto pojmech (nejčastější příčina).
2. Vycházel z nevědeckých a falešných představ a názorů jednotlivců či skupin a považoval je za jediné, správné a směrodatné, a to zpravidla proto, že vyhovovaly politice zastánců těchto teorií (např. teorie o břemeni bílého člověka).
3. Opíral se o nevědecké teorie o rasové méněcennosti a nerovnocennosti lidí na světě. V podstatě šlo učení nenávisti vůči lidem jiné rasy – ať už jako ospravedlnění nadvlády jedněch národů nad druhými jako u starých Římanů nebo v moderní době při ospravedlňování zhoubných teorií nacistů, fašistů a dalších zastánců totality.

Nejnebezpečnější rasové teorie a projevy rasismu se objevily teprve v podobě agresivních ideologií na konci 19. a ve 20. století v Itálii, v Německu, v Japonsku a v Jihoafrické republice. (Wolf, 2000, s. 113-114)

Pokud se rasistické postoje uplatňují ve sféře vzdělávání, v uplatnění na trhu práce nebo v jiných sférách života společnosti, může docházet k **rasové diskriminaci**. Je to situace, kdy příslušníci určité rasy, představující obvykle menšiny v celkové populaci země, jsou znevýhodňováni ve srovnání s příslušníky většinové skupiny populace. K takové situaci docházelo zvláště v USA, kde tato rasová diskriminace (zvláště diskriminace černochů ve srovnání s bělochy) vyvolala snahy o její odstranění či zmírnění - tzv. **pozitivní (afirmativní) akce** (*affirmative action*). "Afirmativní akce" jsou opatření zaváděná v 60.-70. letech americkými úřady k tomu, aby příslušníci rasových a jiných menšin měli zaručen stejný přístup ke vzdělávání a zaměstnávání jako příslušníci většinové populace. Např. při vybírání studentů na některé vysoké školy mělo být zaručeno, že ke studiu bude přijat takový počet studentů

z rasových a etnických minorit, jaký odpovídá proporcí těchto minorit v obyvatelstvu. (Průcha, 2001, s. 29)

Produkty rasismu

A/ Rasová diskriminace

Definice sociologická a filozofická: v obecné rovině jde o proces odlišování, vnímání rozdílů a také o výsledky tohoto procesu. Zvláštním případem je sociální diferenciací (k ní také patří rasová diskriminace), v níž jsou popřeny normativní zásady rovnosti a stejného zacházení ze všemi členy sociálního útvaru. Jedná se zejména o neoprávněné rozlišování jedinců nebo skupin na základě jejich příslušnosti k určité biologické (rasové) či sociální (profesní, politické, stratifikační či náboženské apod.) kategorii a znevýhodňování jedněch oproti druhým. Diskriminace obsahuje různé formy nevhodného zacházení a často slouží jako proces nebo forma sociální kontroly k udržení sociální distance mezi sociálními kategoriemi nebo skupinami.

Rasová diskriminace zahrnuje dva druhy tohoto chování: totiž diskriminaci *úmyslnou*, *vědomou*, a diskriminaci *strukturální*. Obsahem prvního druhu chování je úmyslné chování, směřující k jednotlivému příslušníku diskriminované skupiny s konkrétním obsahem (např. upírání určitého zaměstnání). V druhém případě je diskriminace vlastností určitých systémů a procedur, které pak, aniž by chtěly úmyslně diskriminovat určitou handicapovanou skupinu lidí, jsou pro ni obtížně dostupné, protože nepočítají s jejími odlišnostmi a možnostmi (např. vzdělávací systém, který nebere v úvahu jazykové možnosti Romů).

Definice právní: Výraz rasová diskriminace znamená jakékoli rozlišování, vylučování, omezování nebo znevýhodňování založené na rase, barvě pleti nebo na národnostním nebo etnickém původu, jehož cílem i následkem je znemožnění nebo omezení uznání, užívání nebo uskutečňování lidských práv a základních svobod na základě rovnosti v politické, hospodářské, sociální, kulturní nebo kterékoliv jiné oblasti veřejného života.

Za rasovou diskriminaci nejsou považována zvláštní opatření, učiněná výhradně pro zajištění přiměřeného rozvoje některých nebo etnických skupin nebo jednotlivců, kteří potřebují takovou ochranu, jež může být nezbytná k tomu, aby jim zabezpečila rovné užívání nebo výkon lidských práv a svobod, pokud ovšem tato opatření nevedou k zachování rozdílných práv a svobod, pokud ovšem tato opatření nevedou k zachování rozdílných práv pro různé rasové skupiny a pokud nezůstanou v platnosti po dosažení cílů, pro které byla přijata.

B/ Rasové násilí

Pod tímto termínem rozumíme násilné chování (ve smyslu fyzického násilí) s rasovým motivem, jehož objektem je neindividualizovatelný příslušník rasově odlišné skupiny. V případě rasového násilí je podstatné, že "oběť nemá tvář", útočník napadá odlišnou rasu a konkrétní oběť je kterýmkoliv z této skupiny zaměnitelná. Do této kategorie patří celá škála násilného chování, vymezená jako *zabití, ublížení na zdraví, způsobení škody velkého rozsahu, užití různých druhů násilí, genocidium, pogromy apod.* Co přiřazuje tyto druhy obecně existujícího násilí, je přítomnost rasového motivu.

Definice právní:

Pro akty rasového násilí zákon užívá termíny:

- *Úmyslné ublížení na zdraví na někom pro jeho národnost či rasu.*
- *Způsobení těžké újmy na zdraví na někom pro jeho národnost či rasu.*
- *Zničení úplně nebo částečně některé národní, etnické nebo rasové skupiny.*
- *Způsobení škody velkého rozsahu někomu pro jeho národnost či rasu.*

(*Trestní zákoník č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů*) (Frištenská, 1998, s. 15)

Xenofobie

Definice sociologická a filozofická: **Strach z toho, kdo přichází z ciziny, z cizího prostředí, mimo vlastní sociální útvar.** Xenofobie je spojena s velmi silným heterostereotypem (způsobem posuzování jiných na základě tradice své etnické či národnostní skupiny), a tím i stereotypem (způsobem posuzování své vlastní etnické či národnostní skupiny). Xenofobie je

základem různých nenávisťných ideologií, jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus apod. Je také nejnižše položenou základnou problémů minorit a jejich napětí vůči většinové společnosti, pramení z ní pronásledování cizinců a stojí v pozadí vytváření segregovaných území. Xenofobie vzrůstá, když se sociální útvary ocitají v sociální, ekonomické či politické krizi nebo kritické či nesrozumitelné situaci - situaci velkých změn. Cizí, tudíž subjektivně prožívané jako nebezpečné se stává obětním beránkem jakožto "snadno definovatelný" původce nesnází.

Definice právní neexistuje, protože xenofobie není jevem, jež by mohlo či mělo regulovat právo - jde o soukromý a svobodný pocit či postoj. Nejde o ideologii. V žádném vnitrostátním právním předpisu, ale ani v mezinárodní smlouvě se tento termín neobjevuje. Teprve aktivní chování, jemuž je xenofobie prvotním základem, je předmětem právních úprav. (Frištenská, 1998, s. 12)

3.1.6. Duchovnost, víra náboženství, duchovní vývoj, duchovní blaho

Duchovnost

Duchovnost anebo duchovní přesvědčení je víra anebo vztah s jakousi vyšší mocí, tvořivou silou, božským jedincem nebo nekonečným zdrojem energie. Například jedinec může věřit v „Boha“, v „Alláha“ anebo ve „vyšší moc“. „Duchovní dimenze se snaží být v harmonii s vesmírem, usiluje se o odpovědi na otázky nekonečna a zaměřená je zejména na poskytnutí trvalé síly osobě, která je vystavená emocionálnímu stresu, fyzické chorobě či smrti. Jde mimo vlastní síly jedince.“

Duchovnost je dvojdimenzionální pojem: 1. vertikální dimenzí je vztah k transcendentům - Bohům nebo jiné nejvyšší moci řídící lidský život, 2. horizontální dimenzí je vztah jedince k sobě samému, k jiným a k prostředí, ve kterém žije. Mezi těmito dvěma dimenzemi je nepřetržitý, prolínající se vztah.

Duchovní potřeba je potřeba jedince udržovat, zvyšovat či napravovat svoje přesvědčení a víru ke splnění náboženských povinností. Určité duchovní potřeby jsou ukryté ve všech náboženstvích. Jsou to: a) potřeba pro smysl a účel, b) potřeba lásky a sounáležitosti, c) potřeba odpuštění. Někteří lidé se domnívají, že uvedené potřeby jsou společné celému lidstvu. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 777)

Víra

Víra je univerzální - je to charakteristika žití, činnosti a sebezpočtení. Mít víru znamená věřit nebo odevzdat se něčemu či někomu. Ve všeobecném pojetí náboženství nebo vyznání jsou to snahy jedince pochopit vlastní místo ve vesmíru, tj. jak jedinec vidí sebe samého ve vztahu k okolnímu prostředí. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 777)

Náboženská víra předpokládá poznání za plné účasti člověka, děje se vždy s člověkem a pro člověka. V tom je také základní rozdíl mezi přístupem vědy a náboženstvím – na jedné straně princip objektivity i za cenu odosobnění, odcizení člověka sobě – na druhé straně princip subjektivity, osobního přístupu a rozhodování na základě osobního tvůrčího podílu procesu poznávání. Přitom obě cesty a oba způsoby poznání se nevyklučují, ale právě naopak historickou příležitost k syntéze a integraci lidského poznání vůbec. (Wolf, 1992, s. 29)

Náboženství

Jednu z nejstarších definic náboženství podal římský básník Cicero, když napsal, že náboženství je uctívání bohů (cultus decorum). Jinými slovy úcta k těm silám a jevům, které člověk nemůže ovládat, které jsou nad jeho chápání a jsou prostě mimo něj. (Wolf, 1992, s. 27)

Náboženství je odpověď lidských bytostí na jejich životní podmínky. Tváří v tvář těžkostem života na tomto světě se snaží pochopit vesmír a svou existenci, aby náš život dostal cíl a význam.

Pro některé lidi je náboženství „pravdivé“ jen tehdy, jestliže přináší přímý užitek. Emil Durkheim, zakladatel moderní sociologie, usuzoval, že náboženství hraje ve společnosti rozhodující úlohu. Jiní, kteří za zásadní považovali původ, náboženství, naopak tvrdili, že to není nic jiného, než pouhý únik do fantazie. Freud je nazval „iluzí“, Karel Marx „povzdechem utlačovaných“.

A zase pro jiné je náboženství nejlepším lidským argumentem pro existenci Boha. Sv. Augustin jej viděl v tom, čemu říkáme „neklid srdce“, Rudolf Otto v „pocitu bázně“, v „nadpřirozenosti“. (Allan, Butterworth, Langleyová, 1993, s. 13)

Náboženství je organizovaný systém uctívání. Náboženství mají základní vyznání, rituály a praktiky obvykle ve vztahu ke smrti, svatbě a k spasení. Často mají vlastní pravidla chování, aplikované na denní život. Mnoho lidí si uspokojuje svoje duchovní potřeby prostřednictvím osobitého náboženství či náboženských předpisů. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 777)

Náboženství charakterizuje nejméně šest rozměrů:

- **Doktrína** – systém věrouky, který podává vyčerpávající výklad reality.
- **Mýtus** – příběhy o Bohu a božstvech, stvoření, spásy a událostech historického významu. (Mýtus neznamená výmysl).
- **Etika** – zásady a zákony mravnosti.
- **Obřady, rituály** – bohoslužby, svátky, rituály uvítání a rozloučení, pravidla stravování a oblékání.
- **Zkušenosti** – náboženská zkušenost vyvolává u člověka bázeň a pocit uvědomování si přirozenosti nebo pocit uvědomování si nadpřirozenosti enbo pocit spolupatříčnosti a oddanosti tomu, co je větší než on sám.
- **Společenský rozměr** – institucionální organizace lidí, kteří praktikují své náboženství. (Allan, Butterworth, Langleyová, 1993, s. 12)

Náboženský vývoj jedince se vztahuje na přijetí specifických názorů, hodnot, pravidel chování a rituálů. Náboženský vývoj může být nebo nemusí být paralelní s duchovním vývojem. Například jedinec může vykonávat některé náboženské úkony bez toho, aby si vnitřně osvojil jejich symbolický význam. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 777)

Etnická náboženství jsou náboženství přírodních národů, která nemají tedy žádné posvátné knihy ani spisy. Namísto toho je víra předávána od úst k ústům, z pokolení na pokolení, tradicí. Mnohá z těchto společenství se po staletí bránila pronikajícím světovým náboženstvím jako je hinduismus, buddhismus, křesťanství a islám. Jiná do určité míry vstřebala nová náboženství, ale v rozhodující míře zůstala věrná víře svých předků. To vedlo ke vzniku smíšených náboženství (synkretismů), jako je křesťanství v Mexiku, hinduismus v Bali, islám v Malajsii, kulty duchovní „posedlosti“ v Jižní Americe a karibské oblasti, některá nezávislá duchovní společenství v Africe a víra v příchod nadpřirozených dobrodinců. (Allan, Butterworth, Langleyová, 1993, s. 14)

3.2. Teorie kulturně shodné péče

3.2.1. Charakteristika teorie

Madeleine Leiningerová nazvala svoji teorii teorií kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetrovatelství.

Leiningerová ve své práci vycházela z dvou disciplín: ošetrovatelství a antropologie. Zastává názor, že lidé mají právo mít vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby. Sestry pokud chtějí svým klientům poskytovat kvalitní službu, měly by jim poskytovat takovou péči, která bude toto právo respektovat.

Transkulturní ošetrovatelství charakterizuje jako „formální oblast studia a praxe ošetrovatelství zaměřenou na podrobnou holistickou kulturní péči, zdraví a znaky chorob jednotlivců nebo skupin a respektováním rozdílných a společných znaků v kulturních hodnotách, vírách a praktikách“.

Cílem teorie je „poskytnout lidem rozdílných kultur kulturně specifickou a všestrannou péči v podpoře zdraví, blaha nebo pomoc jim čelit nepříznivým lidským okolnostem, těžkostem, smrti kulturně vhodnými způsoby“.

3.2.2. Vznik a vývoj teorie

Myšlenkou kulturně shodné péče se Leiningerová začala zabývat v 50tých letech, když jako sestra pracovala na psychiatrické jednotce. Zde se setkávala s dětmi různých národností a všimla si jak se mezi sebou liší. Uvědomila si, že kultura a její vliv na péči byl v ošetrovatelském vzdělávání a praxi zanedbávána.

V uvažování nad kulturní péčí ji vedlo více faktorů. Během 2. světové války a v letech po ní výrazně stoupla migrace populace, lidé ve zvýšené míře cestovali, pracovali na jiných místech, zlepšovala se ekonomika, narůstali technologické možnosti, ale také rasové konflikty. Sestry byly nucené zabývat se nejen chorobou, ale také pozadím pacienta, který často pocházel z jiné krajiny než z USA.

Také je přirozené, že tato teorie vznikla právě tady, protože složení obyvatel států USA je kulturně velmi různorodé.

V šedesátých letech Leiningerová poprvé použila termín transkulturní ošetrovatelství a v tomto období také realizovala svůj první výzkum v Papue-Nové Guinei.

První kurzy a přednášky v tomto oboru se konaly v letech 1965-69 na Katedře ošetrovatelství Coloradské univerzity /School of Nursing, University of Colorado/.

Roku 1973 byla založena první katedra transkulturního ošetrovatelství na Univerzitě ve Washigtonu, kde Leiningerová působila ve funkci děkana.

Roku 1978 se začal realizovat první magisterský /master/ a doktorantský program na Univerzitě v Utahu.

V následujícím období 80-tých a 90-tých letech bylo otevřené vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství na mnoho dalších univerzitách, začali se vydávat časopisy zabývající se touto problematikou, realizovali se mohutné výzkumy, vznikaly sesterské organizace. Myšlenka transkulturního ošetrovatelství se začala realizovat v praxi a nastal její rozmach i mimo území Spojených Států Amerických.

3.2.3. Teoretické předpoklady

Součástí každé teorie jsou její asumpce. Jsou to předpoklady, na kterých teoretik staví svoji práci a od kterých se odvozuje metaparadigma a části své teorie.

Leiningerová je vyjádřila v devíti bodech:

- Péče je nevyhnutelná pro lidský růst, vývoj, přežití, čelení smrti.
- Péče je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče.
- Typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami.
- Každá kultura má rodovou /laickou, lidovou/ péči a obvyklou ošetrovatelskou praxi.
- Hodnoty, víra kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických kulturních /ekonomických a historických/ dimenzích.
- Terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče do detailů využívají kulturní hodnoty, výrazy nebo praktiky.
- Na poskytnutí blahodárné, uspokojivé péče je potřebné pochopit rozdíly mezi očekáváním poskytovatele a příjemce péče.

- Kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče jsou nevyhnutelné pro zdraví a blaho lidí, o to se sestry celosvětově usilují.
- Ošetřovatelství je transkulturní profesí a disciplínou, která se zabývá péčí.

3.2.4. Metaparadigma ošetřovatelství podle Leiningerové

Jednotlivé ošetřovatelské teorie se mezi sebou liší také pohledem na čtyři základní komponenty ošetřovatelství: osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Tyto pojmy představují abstraktní rámce, kterými se ošetřovatelství jako věda zabývá a které determinují poskytování ošetřovatelské péče v praxi.

Leiningerová popisuje **osobu** jako holistickou bytost ovlivněnou sociálním pozadím. „Společenská struktura, pohled na svět a hodnoty lidí se transkulturně odlišují. Klienti z rozdílných kultur vnímají zdraví, chorobu, péči, léčbu, závislost a nezávislost různě.“

V souvislosti s teorií transkulturní péče můžeme chápat **prostředí** jako „vzájemně související a vzájemně závislý systém společnosti, která se skládá z politického, ekonomického, sociálního a vzdělávacího, technického, náboženského a kulturního systému“.

Leiningerová definuje **zdraví** jako „stav pohody, který odráží schopnost jedinců nebo skupin lidí vykonávat jejich denní činnosti kulturně vyjádřenými, užitečnými a vzorovými způsoby“.

Tvrdí také, že „vnímání zdraví a choroby je kulturně podmíněné a proto nemůže být univerzálně definováno. Světonázor, sociální struktura a víra ovlivňují vnímání zdraví do takové míry, že je nemožné je od sebe oddělovat“.

„**Ošetřovatelství** je transkulturní profesí, která se zabývá péčí.“ Je to „umění a věda, která se zaměřuje na podporu, udržování zdravého jednání nebo zotavení se z nemoci kulturně shodným způsobem“.

3.2.5. Model vycházejícího slunce

Teorie transkulturního ošetřovatelství je také známá pod označením *Model vycházejícího slunce /Sunrise model/*. Tento název dostala podle schéma, v kterém Leiningerová vizuálně znázornila svoje ideje a které představuje jednotlivé složky její teorie:

1. Rozměr kulturní a sociální struktury

Sociokulturní kontext je v schématu znázorněn jednotlivými paprsky slunce, které reprezentují technologické, náboženské a filozofické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto faktory jsou vzájemně propojené a jejich vliv na jedince nemůžeme chápat odděleně.

Jednotlivé paprsky slunce jsou v vzájemné souvislosti s jádrem slunce, které je tvořené: znaky, modely, praktikami péče a zdravím. Všechny faktory tak ovlivňují vnímání zdraví a choroby, jako také způsob péče, které jedinec využívá.

2. Systém péče

Leiningerová rozlišuje dva systémy péče: tradiční a profesionální.

Tradiční systém se vztahuje na způsoby péče, které jsou praktikované příslušníky subkultury. Nazývá ho též lidovým nebo laickým systémem a charakterizuje ho jako („kulturně naučené a přenesené názory, poznatky a zručnost vlastních lidí, které využívají při zabezpečení nebo podpoře činnosti jedinců, skupin nebo institucí“).

Profesionální systém představuje „formálně naučenou a přenesenou profesionální péči“. Je to systém, který převládá v profesionálních institucích, kde pracují zaměstnanci různých povolání. Tento systém prezentuje názory velkých etnik, majoritní části obyvatelstva, tedy lidí z venku, ne z nitra subkultury. Příslušníky tohoto systému jsou i sestry.

Porovnání systémů

<i>Tradiční systém</i>	<i>Profesionální systém</i>
<ul style="list-style-type: none"> • V centru stojí člověk jako celostná bytost. • Opírá se o praktické zkušenosti kultury, životní styl, víru, hodnoty a světonázor příslušníků subkultur. • Zaměřuje se na prevenci chorob a smrti a dodržování kulturních rolí, praktik a tabu. • Při poskytování péče využívá domácí prostředí, domácí zdroje, rodinu, komunitu. • Využívá domácí léčiva a vlastní ošetřovatele, kteří jsou finančně méně nákladní. Profesionální službu využívají jen v krajním případě. • Používá způsob komunikace, který je dané skupině vlastní. • Limituje používání moderní techniky. 	<ul style="list-style-type: none"> • V centru stojí nemocný člověk, pacient. • Opírá se o vědecké poznatky, používá cizí termíny, přístupy, diagnostické a terapeutické výkony. • Zaměřuje se na nápravu tělesného a duševního stavu. • Péče se poskytuje v zdravotnických zařízeních, nemocnicích, ne v domácím prostředí. • Cena za profesionální služby je značně vysoká a pro některé skupiny finančně neúnosná. • Vyjadřuje se způsobem, který je pro danou subkulturu méně známý. • Používá moderní techniku.

Sestry, které zastupují profesionální systém často nepoznají a ani se nezajímají o tradiční způsob péče. Očekávání sester jako poskytovatelek a klientů jako přijímatelů služeb jsou ovlivněné kulturou, kterou prezentují a proto se mohou značně lišit. Právě transkulturní ošetřovatelství nabádá sestry poznat laický způsob péče a jeho kladné stránky využít při profesionální péči klientovi, který vychází z jiné kultury než oni samy.

3. Typy péče

Péče tvoří u Leiningerové centrum ošetřovatelských aktivit. „Je základní a ústřední sjednocující vládnoucí dominantou charakterizující ošetřovatelství.“

Leiningerová rozlišuje mezi pojmy péče /care/ a starání se /caring/. Starání se charakterizuje jako „naučené a přenesené kulturní způsoby asistence, podpory a pomoci lidem nemocným, zdravím nebo umírajícím“, starání se představuje vlastní „ošetřovatelské akce a aktivity“, které jsou konkrétním vyjádřením fenoménu péče. Starání se považuje za ten „znak, který dělá ošetřovatelství profesí“, který ho odlišuje od jiných disciplín a který tvoří „duši a srdce ošetřovatelství“.

Kulturně shodná péče se podle Leiningerové může realizovat třemi způsoby v závislosti od toho, v jakém stavu se klient nachází, které jsou jeho hlavní problémy a potřeby.

1. Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví

Tento typ péče zahrnuje „takovou asistenci, podporu, která prostřednictvím profesionální činnosti pomáhá lidem jednotlivých kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí nebo

čelit postižení nebo smrti". Z definice vyplývá, že je zaměřená jak na zdravé tak na nemocné lidi. Zdravým pomáhají sestry pomocí podpůrných aktivit, nemocným pomáhají se zotavit z jejich těžkostí.

2. Kulturní péče umožňující adaptaci

Tato péče v sobě skrývá všechny intervence, které pomáhají klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče.

Sestry asistují klientovi při jeho přizpůsobování se na nové životní role /například roli matky/, nepříznivé události /úmrtí člena rodiny/ a nebo nejčastěji na roli pacienta.

Při hospitalizaci může mít klient pocházející z jiného kulturního prostředí problémy. Nemůže vykonávat obvyklé náboženské rituály, má omezený kontakt s příbuznými, nemocniční strava neodpovídá jeho kultuře a podobně. Úlohou sestry je dohodnout se s pacientem na takových aktivitách, na takové péči, která bude respektovat potřeby klienta, ale také požadavky nemocničního systému. Sestra tak vystupuje vyjednavatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče.

3. Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu

Leiningerová uvádí, že tento typ péče se dostává do popředí tehdy, když je potřeba modifikovat, či úplně změnit způsob jakým se klient stará o svoje zdraví.

Mohli bychom uvést příklad se změnou stravovacích návyků. Sestry často apelují na klienty, aby změnili svůj stravovací režim. Ve smyslu kulturně zhodnocené péče bude sestra spolu s klientem hledat taková jídla, která by vyhovovala nejen dietě, ale které respektují jeho kulturní, náboženské normy či finanční možnosti.

3.2.6. Sběr údajů

Pro sběr údajů vypracovala Leiningerová metodu, kterou nazval etnoošetřovatelství. Je to pravá výzkumná metoda sestavená k systematickému studiu ošetřovatelských fenoménů. Při její tvorbě se Leiningerová opírala o metody terénního výzkumu, tak jak je známe z antropologie. Poznatky, které sestry získávají při dlouhodobém studiu etnik, potom aplikují ve své práci v komunitách či zdravotnických zařízeních.

Etnoošetřovatelské odhady dle Leiningerové

A) Etnoošetřovatelský odhad dlouhý:

- jazyk, komunikace, gesta
- způsob oblékání, tělesný vzhled
- všeobecná souvislost života s prostředím
- způsob života, názory na techniku v souvislosti s diagnosticko terapeutickými výkony
- způsob života v rodině
- denní aktivity
- stravovací zvyky, tabu
- světový názor
- náboženství a duchovní víra, hodnoty
- sociální vztahy k vlastní kultuře, k majoritě
- hodnota vzdělání
- ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví
- politické a právní vlivy
- laická péče o zdraví
- znaky péče
- způsoby informování jak: předcházet chorobám, udržovat – získat zdraví a starat se o sebe
- další ukazatele upozorňující na tradiční nebo netradiční způsob života

B) Etnoošetřovatelský odhad krátký má 5 fází:

1. zaznamenáváme vše, čeho jsme si všimli, co jsme viděli, slyšeli, zažili při kontaktu s klientem a jeho rodinou (komunitou)
2. získáváme informace o jeho kulturních hodnotách, víře, aktivitách, které souvisejí se zdravím, tradičním systémem péče a profesionální péčí
3. identifikujeme a dokumentujeme názory na to, co pacient viděl, slyšel a zažil ve zdravotnickém zařízení
4. hodnotíme předcházející kroky a hledáme, co je společné a co je rozdílné
5. sestavujeme společně s klientem plán péče, který bude respektovat jeho kulturu.

3.2.7. Blochův průvodce při etnickokulturním posuzování

Kategorie údajů	Otázky na posuzování/instrukce
Kulturní	
Etnický původ	Identifikuje se pacient s osobitní etnickou skupinou (např. Portorikánci, Afričané)?
Rasa	Jaký je rasový původ pacienta (např. černocho, Filipíнец)?
Místo narození	Kde se pacient narodil?
Stěhování	Kde žil pacient (vesnice, město)? V kterém období tam žil a jak dlouho? Přistěhoval se pacient nedávno?
Zvyky, návyky, hodnoty, názory	Popište zvyky, návyky, hodnoty a názory anebo praktiky pacienta týkající se narození, života, smrti, zdraví a choroby, času a systému zdravotnické péče. Do jaké míry důvěřuje všeobecnému kulturnímu systému.
Chování hodnocené kulturou pacienta	Jaký význam připisuje pacient soukromí, zdvořilosti, úctě ke starší, chování vyplývající ze zastávání určité role v rodině, sexualitě a etice práce?
Kulturní sankce a omezení	<i>Sankce</i> – Jaké chování akceptuje pacientova kulturní skupina týkající se projevu emocí, pocitů, náboženského cítění a reakcí na chorobu a smrt? <i>Omezení</i> – Má pacient nějaké zábrany v sexuální oblasti, při odhalení částí těla, v souvislosti s některými druhy chirurgických zákroků (např. hysterektomií) či při rozhovoru o smrti nemocného s příbuznými a o strachu z neznámého?
Jazykové a komunikační procesy	Jaké jsou všeobecné charakteristiky pacientova jazyka a komunikačního procesu?
Jazyk (y) a dialekt (y)	Kterým (i) jazykem (y) nebo dialektem (y) pacient nejčastěji hovoří? Kde? Doma nebo v práci?
Jazykové bariéry	Který jazyk používá pacient při přemýšlení, Potřebuje při kontaktu se sestrou tlumočnicka? Hovoří česky jen málo, nebo tuto řeč vůbec neovládá? Je schopný číst nebo psát v češtině?
Komunikační proces	Jaká jsou pravidla (lingvistická) a způsoby (styly) komunikačního procesu (např. „zdvořilostní koncepce projevu, „respekt nebo úcta“ k jiným používáním slov běžných jen pro specifickou etnickou nebo kulturní skupinu)? Třeba změnit způsob komunikace a kladení otázek pacientovi v zájmu přizpůsobení se jeho kulturnímu zázemí (např. tempo konverzace, kontakt oči-tělo, specifická omezení, normy důvěrnosti a styl

	<p>vysvětlování)?</p> <p>Existují nějaké konflikty ve verbální či neverbální interakci pacienta a sestry?</p> <p>Jak je možné porovnat pacientův neverbální komunikační proces s jinými etnickými a kulturními skupinami? Jak ovlivňuje tento model reakci pacienta na zdravotnickou péči?</p> <p>Existují nějaké variace v pacientovém interetnickém a mezirasovém nebo interkulturním a vnitřně rasovém komunikačním procesu (např. pacient z etnické minority a bílá sestra z etnické minority, názory, přístupy, hodnoty, variace rolí, stereotypy – přijetí nebo předsudky)?</p>
Názory na zdraví a zdravotnické praktiky	
Léčitelství dané kultury	Ke kterému léčitelství dané kultury se pacient více přiklání (např. asijský léčitelství, Raza/Latina curanderismo)? Ke kterým náboženským léčitelstvím se pacient více přiklání (např. Adventisti sedmého dne, západoafrické sekty)?
Názory na zdraví v dané kultuře	Za původce choroby se pokládají choroboplodné zárodky, zlí duchové či nerovnováha mezi „teplým“ a „studeným“ (jing a jang v čínské kultuře) nebo nerovnováha mezi člověkem a přírodou?
Léčitelství dané kultury	Ke kterým léčitelstvím dané kultury se pacient přiklání? Používá léčivé prostředky na léčení chorob zapříčiněných zevním prostředím (např. masáž na léčbu <i>empacho</i> , potraviny „přilepené“ k stěně žaludku) anebo nosí talismany a ozdoby na ochranu proti onemocnění?
Léčitelé dané kultury	Spoléhá se pacient na léčitele své kultury (např. medicinmani amerických Indiánů, čínští bylinkáři, spiritualisti anebo tzv. duchovní černých Američanů)?
Názory na výživu a stravovací praktiky	Jak ovlivňuje etnické a kulturní zázemí pacienta jeho výživu a stravování?
Charakteristiky přípravy jídla a stravování	Určuje daná kultura pacientovi, které jídla může upřednostňovat a které omezovat? Jaký význam připisuje jídlu a jaké jsou stravovací praktiky (způsob přípravy jídla, způsob jedení, četnost jedení, čas jedení, druhy používaného nádobí a příborů)?
Vlivy zevního prostředí	S jakým způsobem se musí příslušník etnické skupiny ztotožňovat v dominantní bělošské české společnosti? Musí se např. po přestěhování z vesnice do města vzdát svých stravovacích návyků?
Osvětové působení na pacienta	Jak je potřeba působit na pacienta, který se přidržuje stravovacích praktik vlastní kultury a co mu možné doporučit?
Sociologické	
Ekonomické postavení	Kdo zabezpečuje příjmy v rodině pacienta? Jaké je celkový roční příjem rodiny (přibližně)? Jaký dopad má její ekonomické postavení na životní styl, životní podmínky a možnost využívat zdravotnické služby?
Vzdělanostní úroveň	Jaké nejvyšší vzdělání má pacient? Dovolujeme jeho vzdělanostní úroveň bez problémů vyhledávat lékařskou pomoc či literaturu o zdravotnické péči? Ovlivňuje jeho schopnost získávat nové zkušenosti učením a porozumět dokumentům, které dostane ve zdravotnickém zařízení (např. přijímací formuláře, formuláře péče o pacienta, osvětová literatura a formuláře laboratorních testů)?

	Cítí se pacient v nadřazeném nebo podřazeném postavení ve vztahu k zdravotnickým pracovníkům daného zařízení?
Sociální síť	Jaká je sociální síť pacienta (příbuzných, spolužáci či léčitelé jeho kultury)? Jaký vliv má tato síť na zdraví či nemoc?
Rodina jako podpůrná skupina	<p>Pokládá rodina pacienta za důležité být během jeho pobytu na klinice neustále s ním (je to charakteristické pro danou etnickou a kulturní skupinu)? Jakou úlohu sehrává rodina pacienta během jeho choroby nebo při umírání?</p> <p>Zúčastňuje se rodina ošetrovatelské péči o pacienta (např. na jeho koupání nebo krmení)? Projevují mu její členové podporu dotyky (kulturní význam) nebo jen svojí přítomností?</p> <p>Jak ovlivňuje vztah pacienta ke zdraví a chorobě rodina dané etnické kulturní skupiny (např. role, přesvědčení, silné a slabé stránky, sociální vrstva)?</p> <p>Má někdo v rodině pacienta klíčové postavení, co je typické pro konkrétní etnickou a kulturní skupinu (např. babička v černošských a některých indiánských rodinách)?</p> <p>Může člen rodiny pomoci zdravotnickému personálu?</p> <p>Jakou úlohu sehrává rodina při podpoře zdraví nebo objasnění příčiny choroby (např. může být v úloze zprostředkovatele při kontaktech se zdravotnickým personálem nebo rozhodovat o zdravotnické péči)?</p>
Podpůrné instituce etnické a kulturní komunity	Jaký vliv mají na pacienta odkázaného na zdravotnické služby etnické a kulturní instituce?
Institucionální rasismus	Do jaké míry ovlivňuje institucionální rasismus zdravotnických zařízení reakci pacienta na poskytování zdravotnické péče?
Psychologické	
Sebehodnocení (identita)	<p>Projevuje pacient výraznou rasovou a kulturní identitu? Je možné ji porovnat s jinými rasovými a kulturními skupinami nebo se členy dominantní společnosti?</p> <p>Které faktory mohly ovlivnit sebehodnocení pacienta (např. rodina, spolužáci, společenské zařízení, zevní prostředí, instituce, rasismus)?</p> <p>Jak se pacient vyrovnává s chováním zdravotnických pracovníků, kteří podceňují individuální přístup a převládá u nich stereotypní posuzování?</p> <p>Jaký dopad má na pacienta jako na příslušníka určité etnické a kulturní skupiny rasismus (např. sociální úzkost, odmítání zdravotnické péče v zdravotnickém zařízení, záměrné ignorování institucí zdravotnické péče)?</p> <p>Ovlivňuje etnické a kulturní zázemí pacienta vztah k vlastnímu tělu a jeho reakci na chorobu či pooperační změny?</p> <p>Existuje nějaká identifikace s etnickou a kulturní skupinou „skupinová identita“ (např. solidarita, koncepce „my“)?</p>
Mentalita a chování etnické a kulturní skupiny	<p>Jaký vztah má pacient k zdravotnickému zařízení (např. strach, stres a adaptace charakteristické pro specifickou etnickou a kulturní skupinu)?</p> <p>Může se změnit ještě během života?</p> <p>Jaký vztah má pacient k lidem mimo svoji etnickou a kulturní skupinu (např. k zdravotnickým pracovníkům)? Je ústupný, verbálně či neverbálně expresivní, negativně či pozitivně naladěný, cítí se mentálně nebo fyzicky nadřazený?</p> <p>Jak se pacient vyrovnává s pocitem, že ve zdravotnickém zařízení ztrácí</p>

	důstojnost a respekt?
Religiózní vlivy na vnímání zdraví a choroby	Má náboženství pacienta výrazný vliv na jeho vztah ke zdraví, chorobě a jejím následkům (např. ke smrti, chronickým onemocněním, příčinám onemocnění či k využívání ošetrovatelských a lékařských praktik)? Schrávají religiózní názory, posvátné úkony a talismany úlohu v procesu léčby? Jakou úlohu plní významní duchovní v zdraví či nemoci (např. tzv. černí duchovní, katoličtí knězi, buddhističtí mniši, imámové)?
Psychologické reakce na stres a omezení vyplývající z choroby dané kultury	Projevuje se příslušnost pacienta k určité etnické a kulturní skupině specifickou reakcí na bolest nebo na fyzickou neschopnost během choroby?
Biologicko-fyziologické (posouzení <i>norem</i> pro různé etnické a kulturní skupiny)	
Fyziologické charakteristiky rasy	Má pacient typické znaky svojí rasy (např. barva kůže, struktura a barva vlasů, barva sliznic), Vyznačuje se některými anatomickými odlišnostmi např. v tělesné struktuře (výška a hmotnost typické pro etnické a kulturní skupiny), v typu kostry (zejména pánvi při porodnickém vyšetřování), v podobě tváře (nos, tvar očí, tvářový profil) a horních a dolních končetinách? Jak ovlivňují rasové a anatomické charakteristiky sebehodnocení a vztah jiných k němu? Ovlivňují variace rasových a anatomických charakteristik fyzickou péči o pacienta (posouzení kůže podle barvy a odlišná péče o vlasy) nebo hygienické úkony?
Modely růstu a vývinu	Existují nějaké růstové a vývojové charakteristiky, které jsou dané etnickým a kulturním zázemím pacienta (např. hustota kostní struktury, tloušťka podkožního tuku, pohybové schopnosti)? Jaké faktory mají význam pro hodnocení způsobu výživy, hodnocení motoriky, neurologických projevů a rozpadu kosti při chorobě nebo traumatu, pro hodnocení novorozenců a hodnocení intelektové úrovně nebo motoricko-senzorického vývoje dětí? Jak s tyto faktory odlišují v jednotlivých etnických a kulturních skupinách?
Rozdíly v tělových systémech	Existují nějaké rozdíly v tělových systémech u příslušníků určitých etnických a kulturních skupin (např. trávicí poruchy při intoleranci laktózy u černochů, příjem jídel jiné kultury s nežádoucím účinkem na trávicí ústrojí a hospodaření s tekutinami a elektrolyty, odlišnost v hematologických systémech, např. některé krevní znaky u příslušníků etnických a kulturních skupin)?
Fyziologie kůže, vlasů a sliznice	Jak ovlivňuje barva kůže hodnocení jejích barevných změn (např. žloutenka, cyanóza, ekchymózy, erytém a jejich příbuznost k chorobnému procesu)? Jaké metody se používají na hodnocení barevných změn (porovnávají se variace i podobnosti mezi rozličnými etnickými skupinami)? Vyskytuje se hypopigmentace a hyperpigmentace (např. vitiligo, žluté skvrny, albinismus, odbarvení kůže po úraze)? Proč jsou tyto změny výraznější u příslušníků nějakých etnických skupin? Vyskytují se některé kožní afekce častěji u příslušníků určitých etnických skupin (např. keloidy u černochů)? Existuje jistá korelace mezi pigmentací ústní sliznice a kůže a jejich

	<p>variace mezi určitými rasovými skupinami, jak se hodnotí ústní dutina (např. leukoderm se normálně vyskytuje u černochoů)?</p> <p>Jaké jsou variace barvy a struktury vlasů mezi odlišnými rasami?</p> <p>Pacienta je třeba se zeptat na požadovanou péči o vlasy, případně na rasové či kulturní omezení (např. neumývání „čerstvě naondulovaných“ vlasů během pobytu na klinice, nestříhání dlouhých vlasů apod.).</p> <p>Existují variace v péči o kůži (např. používání vazelíny na černou kůži)?</p>
Choroby s vyšším výskytem v určitých etnických a kulturních skupinách	<p>Existují nějaké specifické onemocnění nebo stavy, které se vyskytují častěji v některých etnických a kulturních skupinách (např. hypertenze, srpkovitá anémie, intolerance laktózy)?</p> <p>Má pacient některou socioenvironmentální chorobu, typickou pro určitou etnickou a kulturní skupinu (např. otrava barvami s olovem, podvýživa, stísněné životní poměry, náchylnost k tuberkulóze, alkoholismus jako následek zoufalství a pocit izolace od dominantní společnosti, pokousání potkany, nedostatek hygieny)?</p>
Choroby s nízkým výskytem v určitých etnických a kulturních skupinách	Existují choroby, které ohrožují pacienta méně, neboť patří k určité etnické a kulturní skupině (např. rakovina kůže u černochoů)?

3.3. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství

3.3.1. Struktura kulturních hodnot

Když se člověk dostane do jiného kulturního prostředí, hned si všimne rozdílů: Jiné země jiné

- oblečení
- stravovací návyky
- většinou i jiná řeč
- budovy a ulice

Kultura se dá přirovnat k cibuli. Vše výše jmenované tvoří *zevní vrstvu - slupku* tzv. „*kulturní cibule*“ s produkty kultury jako je řeč, strava, oblečení a architektura. Vše co je součástí této zevní vrstvy je okamžitě viditelné a vnímatelné.

Střední vrstva „kulturní cibule“ obsahuje normy a hodnoty, které se odhalí pomaleji a v kontaktu s danou kulturou: co je správné a co je špatné, dobré a zlé. Když se člověk pohybuje v ulicích neznámé kulturní oblasti, všimne si jiných:

- pravidel silničního provozu, nejenom jezdí-li se na pravé či levé straně vozovky, ale také
- gest, která jsou běžně užívaná.

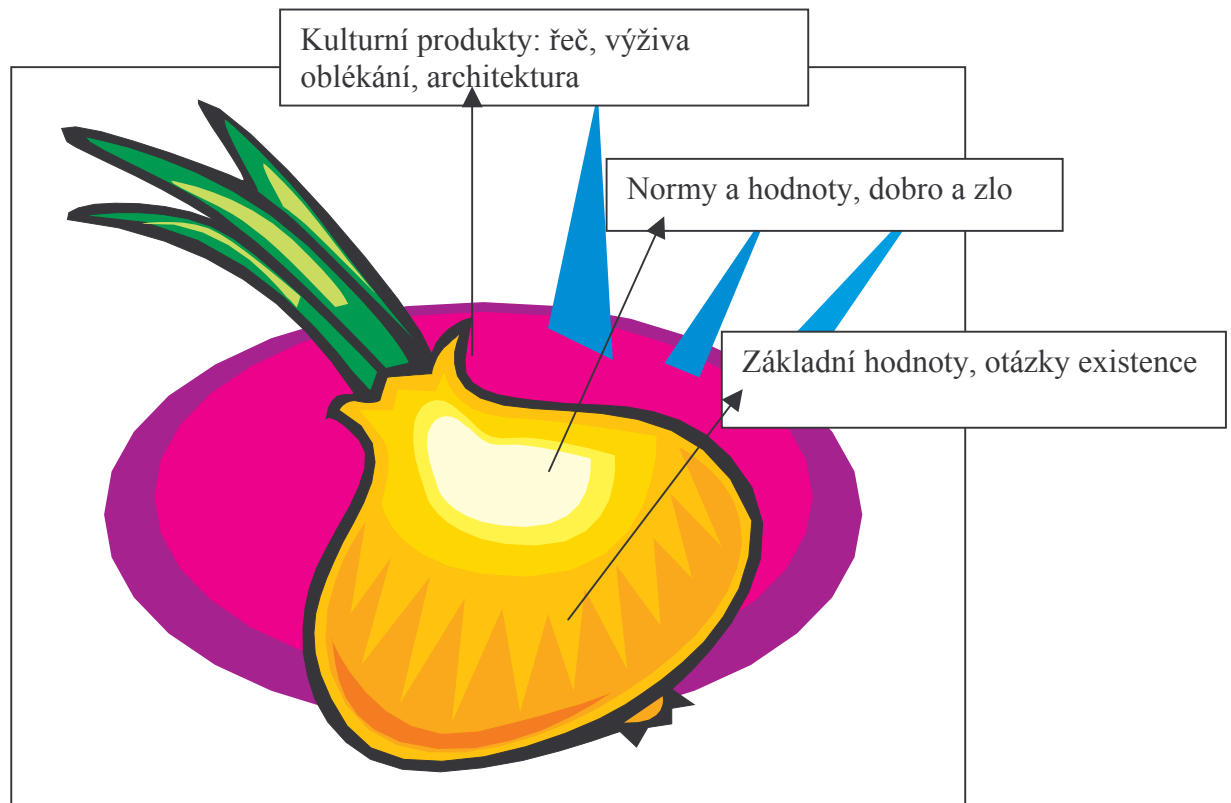
Vystoupí – li člověk z auta a navštíví nějaký obchod, všimá si dalších rozdílů: Jiné země, jiné

- rituály pozdravu; stisk ruky, polibek, políbení ruky, úklon, ale také jiné
- témata rozhovoru.

Všechny tyto zkušenosti tedy tvoří střední vrstvu „kulturní cibule“

Zůstává ještě *vnitřní vrstva, jádro „kulturní cibule“*, která obsahuje základní hodnoty a otázky existence, příkladně zda obyvatelé této země odmítají nebo podporují trest smrti apod.

Pochopitelně se vyskytují ve všech kulturních vrstvách individuální rozdíly! Osobnost, výchova, vlivy sociální a politické tvoří živnou půdu pro „kulturní cibuli“ a to se značně liší i v rámci jedné kultury.



Kulturní konflikty

Model cibule příznačně vystihuje, že kulturní kontakt je mnohdy spojen s nepříjemnostmi: cibule štípe do očí hned při odstranění první vrstvy.

Převáděno na otázky kultury: To co je v jiné kultuře odlišné, nám nemusí být vždy příjemné. Kromě toho je pro nás velmi těžké na začátku to cizí správně odhadnout, to nás často uvádí do nejistoty, protože to neznáme. Proto se snažíme chování jiných společně s naší cibulí „hodit do jednoho hrnce“ a hodnotit podle našich měřítek – tak vznikají stereotypy. Například neustále se usmívající Japonec je hodnocen jako přátelský. Úsměv může také zakrývat rozpaky, skrývat kritiku nebo signalizovat pokoru.

Často vznikají kulturní konflikty, protože není správně porozuměno gestům, vyjádřením a činnostem druhého. Například Švédové zvou „na chléb s máslem“ a přitom myslí slavnostní menu, což je každému Švédovi jasné, ale německý host to neví. Na druhé straně bude švédský host určitě zklamán, bude – li pozván Němcem na „skleničku vína“ a skutečně dostane pouze tuto skleničku vína. Člověk nepřichází na svět s žádnými vědomostmi, musí se učit, jak zařadit rychlost. Po mnoha kilometrech jízdy autem se řazení provádí automaticky. Pouze v nebezpečných situacích se stává tato činnost opět vědomou.

Při kulturním kontaktu je to podobné jako v orchestru. Setkají – li se lidé stejné kultury, stejně tak jako muzikanti se řídí stejnou partiturou. I přes rozdílné nástroje a nasazení vznikají harmonické sekvence, které vytvářejí jeden smysluplný celek, jako třeba jednu symfonii nebo koncert. Kulturní kontakt lidí různých kultur se dá přirovnat k muzikantům jednoho orchestru, kteří se řídí dvěma různými partiturami, takže vznikají zvláštní a nečekané disonance.

Výzkumníci v oblasti kultury hovoří o kulturním šoku.

Kulturní šok

Kulturní šok se vyskytne, nachází – li se jedinec v neznámém kulturním prostředí, musí se v něm orientovat a prožívá pocit být cizí. Ten se může projevat steskem po domově, mrzutostí, přecitlivělostí, nerozhodností, frustrací, smutkem a dokonce i nemocí. Kulturní šok je jednou ze čtyř fází v kulturním kontaktu:

1. **Euforie:** Na začátku je zajímavé poznávat cizí kulturu a v první linii si všímat i podobností s kulturou domovskou. To je příznačné především pro turisty (cestovatele) ale i migranty, kteří v hostitelské zemi na počátku vše prožívají optimisticky v naději na ekonomické, sociální a politické zlepšení své situace.
2. **Kulturní šok:** Ve druhé fázi mizí tento pocit jistoty, kulturní rozdíly se stávají zjevnějšími. Vyskytuje se stesk po domově.
3. **Přizpůsobení se kultuře:** Pomalu se stávají místní tradice a zvyky důvěrnými i jazykové těžkosti se zlepšují. Jedinec nachází známé a přátele a budoucnost se jeví opět pozitivnější.
4. **Stabilita:** V poslední fázi dochází velmi často k téměř úplnému zotavení. Jedinec se naučil zacházet s kulturními rozdíly a vnímá zkušenosti cizí kultury jako osobní zisk. Toto je možno označit jako pozitivní stabilitu. Stabilita může být ovšem také označována jako negativní a to v případě, že se jedinec nadále cítí být cizím a diskriminovaným v této zemi.

Také nemocnice má svoji vlastní kulturu! Již časový harmonogram je odlišný, všední den je jinak strukturovaný: Snídaně je i o víkendu servírována v sedm hodin a večere v pět. Pacient se učí řídit se důležitými událostmi dne: kdy je vizita, kdy bude ošetřován, kdy jsou návštěvní hodiny. Učí se také, to co je od něj očekáváno, například při vizitě obnažit určité části těla. Pacient je vytržen ze známého prostředí a včleněn do prostředí neznámého, které ve spoustě věcí funguje dle jiných pravidel. Někteří experti v oblasti kultury hovoří i v souvislosti s pobytem v nemocnici o kulturním šoku.

Interkulturní kompetence

Interkulturní kompetencí je míněna schopnost či umění správně zacházet s protichůdnostmi a konflikty mezi kulturami. Což předpokládá znalosti jiné kultury a určitou míru tolerance frustrace. Jen tak můžeme snést cizí způsoby myšlení a chování a pokusit se jim i porozumět. Vlastní úsudky a měřítko hodnot musejí být potlačeny, aby bylo možné se bez předsudků setkat s cizí kulturou. Toto je možné velmi jednoduše napsat, ale velmi těžké uskutečnit, protože nikdo se tak jednoduše nemůže dostat z vlastní kůže – „cibulového obalu“.

Neexistuje žádný ověřený recept pro interkulturní setkání, pouze některé přísady/ ingredience, které mohou být nápomocny:

- Pochopení vlastní kultury: Nejprve si musíme sami uvědomit jak výrazně jsme ovlivněni/ formováni vlastní kulturou. Náš náhled na určité věci je tak samozřejmý, že si mnohdy ani nedovedeme představit, že ba tyto věci mohly být vnímány zcela jinak. Například ve středověku bylo zcela obvyklé jíst rukama z hrnce a otřít si ruce o ubrus, což by v dnešní době každý vnímal jako nevhodné a nechutné.
- Proto je důležité na začátku se trochu stáhnout v projevech a zaujmout spíše roli pozorného pozorovatele. Pokusit se představit si náhled toho druhého a vycházet z toho, že může být odlišný od vlastního.

- Je také důležité hledat to co je oběma kulturám společné a ne se soustředit pouze na rozdíly. Jen tak může být odbourána nejistota, která vzniká při kulturním kontaktu.
- Neodmyslitelná je i osobní zkušenost. Samotné vědění nestačí! A nesmíte příliš mnoho od sebe samých očekávat. Normy a hodnoty vlastní kultury jsou hluboce zvnitřněny a určují naše myšlení, jednání i cítění. Nedá se je jednoduše vypnout a už vůbec ne v konfliktních situacích. Každý proces změn potřebuje hodně času a musí se uskutečnit jako celek, - od hlavy – ve smyslu zájmů, touhy po vědění a učení - až k patě – ve smyslu chůze k jiným.

Kulturně specifické syndromy/ Specifika kultury

Také naše představy o zdraví a nemoci jsou podmíněné kulturou:

- co rozumíme pod pojmem nemoc (→ chápání nemoci)
- jak prezentujeme naše potíže (→ vyjádření bolesti)
- na koho se obracíme: na lékaře nebo na lidového léčitele (→ Hodža) a
- které léčebné postupy považujeme za přiměřené. Nemusí se jednat vždy o vědecko – medicínské. Právě v Turecku jsou magické praktiky velmi rozšířené! (→ lidově medicínské vzory chápání).

Každé vyjádření potíží při chorobě je v jistém smyslu kulturně specifické. „Kulturně specifické syndromy“ v užším smyslu zahrnují také psychické a somatické formy prožívání s kulturně vázanou hodnotou choroby. V některé jiné kultuře chybí odpovídající pojmenování jevů a diagnostické výrazy a logicky i přiměřené terapeutické intervence. Často slyšíme o „mammia-syndromu“, o „bosporově chorobě“nebo „tureckém břichu“. Nehledě k tomu, že jsou tyto pojmy často diskriminujícího charakteru, odrážejí to celkové → chápání choroby pacientem cizincem. Ne samotné symptomy choroby, ale jejich prezentování nemocným je v mnoha případech specifické pro danou kulturu.

Model pro interkulturní komunikaci

Na konec jeden třístupňový model pro interkulturní komunikace mezi lékařem a pacientem.

1. Zjistit, co je pacientem respektive jeho kulturou vnímáno jako:

- příčina zdravotních problémů
- nejvhodnější léčba stávajících problémů
- vhodná forma komunikace mezi lékařem a pacientem: kdo je vhodný komunikační partner, kdo stanovuje rozhodnutí, na co je potřeba dávat pozor v oblasti nonverbálních projevů (→ komunikace).

2. Zohlednit rozdíly v rámci jedné kultury. Žádný člověk není jako ten druhý. Již mezi Němcem ze severu a Němcem z Bavorska je možné značné rozdíly „kulturní rozdíly“. Stejně tak existuje ten Turek a ten muslim!

3. Rozvíjet vhodné strategie jak přiblížit vnímání pacienta respektive jeho kulturu do povědomí kultury naší. V mnohých kulturách není běžné ptát se pacienta, jak se mu daří , protože to přece musí vědět lékař. I turečtí pacienti v mnoha případech vyjadřují toto očekávání. (Becker,S, 2001)

3.3.2. Systém zdravotnické péče jako subkultura

Sestry by měly vědět, že systém zdravotnické péče představuje také subkulturu, která má svoje pravidla, zvyky i svůj jazyk.

Při získávání poznatků o systému zdravotnické péče jednotlivci vnikají do tohoto systému a jeho zásady přijímají za svoje vlastní. V takovém případě však mohou zažít kulturní šok. Například kultura zdravotnických zařízení si vysoko cení čistotnosti. Sestry si tedy často umývají

ruce a denní umývání rukou očekávají od svých pacientů; pro všechny to však neplatí a denní umývání rukou znamená pro mnohé novou zkušenost.

Kultura zdravotnické péče definuje zdraví jako „optimální fungování organismu“. V tomto systému platí, že diagnostika a léčba patří do kompetence lékařů, kteří pracují v ordinacích, na klinikách či v nemocnicích. Léčebné metody se musí zakládat vždy na vědeckých poznatcích. Mnohé léčebné procedury jsou však komplikované a nepříjemné. V terapeutickém procesu často absentuje emocionální složka.

Systém zdravotnické péče má i svůj jazyk. Žargon, který používají jeho představitelé, však často není srozumitelný pacientům a osobám, které je doprovází. Zdravotničtí pracovníci často patří do střední třídy a často vyžadují vděčnost za poskytované služby. Významnou hodnotou je pro ně čas a důraz kladou na dodržování termínů, což nemusí být v souladu s názory pacienta. Při vypracovávání písemných záznamů se zdravotničtí pracovníci mohou dostat do konfliktu s názory pacienta.

V systému zdravotnické péče se úmrtí pacienta tradičně interpretuje jako selhání. Zdravotničtí pracovníci dělají kroky na udržení života, zřídka kdy ulehčují smrt. V současnosti vykonávají činnosti související s úmrtím tzv. *thanatologické sestry*; jejich úlohou je kromě jiného pomáhat rodinám a pacientům vyrovnávat se s nevléčitelnou chorobou.

Když sestry důkladně proniknou do kultury zdravotnické péče a pochopí její hodnoty, lehčeji poznají i rozdíly mezi svými hodnotami a hodnotami pacienta. Jakékoliv odlišnosti v hodnotách mohou být zdrojem úzkosti a frustrace nemocných. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 763-764)

3.3.3. Kulturní šok a ošetrovatelská péče

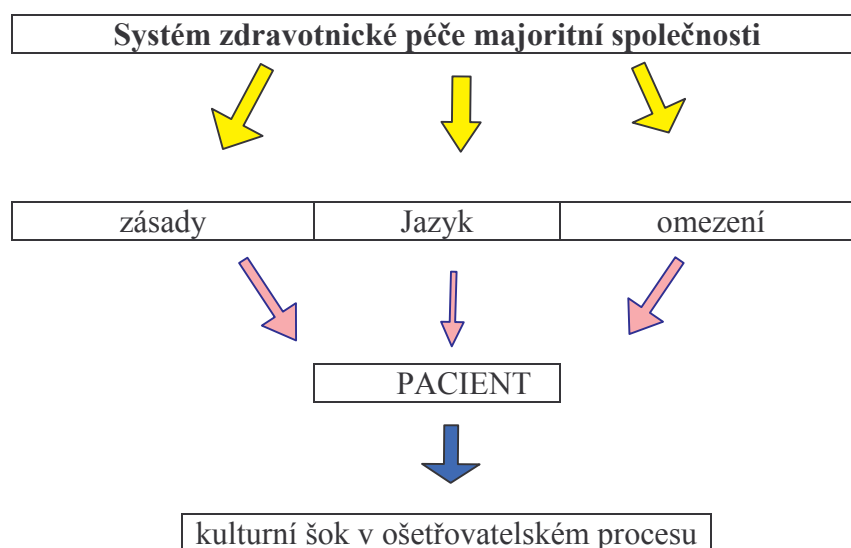
Pojmem kulturní šok se označuje reakce lidí na neobvyklou situaci, v které ztrácejí efektivnost jejich předcházející způsoby chování. Kulturní šok může nastat při násilném přežazení do jiné kultury či jiného společenství; kulturní šok přežívají např. lidé asijského původu a jejich potomkové, pokud se přestěhují do ČR, nebo lidé, kteří se nečekaně octnou v subkultuře zdravotnické péče. V takovém případě působí na jedince celá řada stresujících podnětů.

Sestry mohou pomoci pacientům a jejich rodinám prožívajícím kulturní šok vícero způsoby:

- Pokud existuje jazyková bariéra, sestra může zabezpečit tlumočnicka, který jí zároveň poskytne informace potřebné pro sestavení plánu péče o pacienta. Tlumočnick by měl být vyškolený profesionál. Pokud profesionální tlumočnick není k dispozici, sestra by měla požádat o tyto služby neutrální osobu. Není správné, pokud jsou tlumočnicky děti nebo členové rodiny, protože nemocný si nemusí přát, aby kdokoliv jiný věděl o jejich zdravotních problémech; mimo jiné, děti nemusí pochopit podstatu, a tedy jejich překlad nemusí být správný.
- Sestry mohou podporovat pacientovy zvyky; např. sestra může vyzvat Sikha, aby nosil v nemocnici turban, samozřejmě, pokud tomu nebrání zdravotnické důvody. Také může příležitostně vysvětlit jiným zdravotnickým pracovníkům rozdíly týkající se hodnot, názorů a zvyků pacientů.
- Sestra musí ukázat, že respektuje pacientovy hodnoty, názory a zvyky. V opačném případě si může pacient vysvětlovat jejich přístup jako opovrhlivý, bez jakékoliv úcty.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 764)

Schéma: *Princip vzniku kulturního šoku v souvislosti s ošetrovatelskou (resp.zdravotnickou) péčí*



3.3.4. Národnostní menšiny a cizinci v ČR, jejich zdravotní problémy

Typické zdravotní problémy

Statistiky o nemocnosti cizinců se samostatně nevedou, signály výrazné odlišnosti zdravotních problémů cizinců od běžné populace nebyly zaznamenány.

Obecně je u cizinců zmiňován *zvýšený výskyt pracovních úrazů* v důsledku nedostatečné znalosti jazyka a bezpečnostních předpisů práce (zejména u dělnických profesí), *zvýšený výskyt některých reaktivních duševních poruch* (zvláště posttraumatické stresové poruchy a adaptační poruchy), *různá tělesná onemocnění* (reakce na zátěž, kterou migrace do odlišných sociálních, kulturních a mnohdy klimatických podmínek představuje), *výskyt infekčních onemocnění, která jsou běžná v zemích, z nichž cizinci přicházejí a stomatologické potíže*. Opakovaně zazněl názor směřující k zavedení povinné lékařské prohlídky před nástupem cizince do zaměstnání jako prevence pozdějších vysokých nákladů na poskytování zdravotní péče.

Zkušenosti nasvědčují, že cizinci (především z východních států) přijíždějí do České republiky z neutěšených hygienických podmínek a bez předchozí lékařské péče a prohlídek a *mají různá chronická či neléčené nebo zanedbaná onemocnění*. V této souvislosti je to významné především u těch cizinců, kteří jsou během pobytu v ČR ubytováni provizorně v ubytovnách, kde je nevyhovující zdravotní a hygienická situace a je zřejmá absence odpovídajícího hygienického předpisu pro provoz takových zařízení.

Informace uvádějí, že se u dětí daří zajistit jejich očkování, které je povinné a vztahuje se i na cizince s TBC. U dětí cizinců není zvýšené riziko infekčních onemocnění. *Určité riziko však trvá u dospělých osob přicházejících z východních zemí, kde neprošly systémem očkování, protože*

v zemích jejich původu buď nebyl a nebo se rozpadl. U těchto osob je obava, že k nám mohou zavléci nebezpečené nemoci (TBC, zvláštní typ žloutenky apod.).

Samostatnou a problémovou skupinu cizinců představují v některých příhraničních okresech v souvislosti se zjištěnými *pohlavními nákazami* (*kapavka, syfilis, AIDS*) cizinky - prostitutky. Jsou proto požadavky na přísnější hygienicko-epidemiologická opatření a na vytvoření legislativního rámce pro poskytování sexuálních služeb. *Specifickou záležitostí je potřeba sledování a prevence nemocí u cizinců* (zejména u Vietnamců) *pracujících v potravinářství a pohostinství*. Opakovaně je navrhováno, aby Ministerstvo zdravotnictví v rámci svých statistických výkazů nezahrnovalo do celkových výdajů za zdravotní péči všech cizinců i péči těm cizincům, kteří pobývají na území České republiky za účelem turistiky, studia nebo léčení, a aby rozšířilo sledované údaje o zdravotní péči cílové skupiny cizinců z hlediska integrace a zavedlo monitorování jejich diagnóz.

Zdravotní problémy - výběr

Kapitola nastiňuje problematiku etnický/rasově specifických nebo endemických chorob (rozuměno v dané lokalitě se vyskytujících chorob) a uvádí základní informace o státním programu očkování ve vybraných zemích, tak jak je tyto země deklarovaly WHO. Jelikož se jedná o problematiku, která se díky mnoha faktorům neustále proměňuje, je potřebné tyto informace vnímat jako vstupní a následně vyhledávat jejich aktualizace (viz např. informace WHO). Ve výběru jsme se snažili postihnout ty, země, jejichž občané se na našem území nacházejí a nebo takové země, které by mohly posloužit jako příklad vybraný z určitého teritoria. Informace jsou čerpány z Geissler, E.M. Cultural Assessment.

Vysvětlivky k oddílu imunizace: BCG=proti TBC, DPT=proti záškrtu, černému kašli, tetanu, DT/Td=proti tetanu a záškrtu, OPV=proti dětské obrně, MMR=proti spalničkám, zarděnkám, příušnicím.

Evropa

SLOVENSKO

Jazyk: slovenština (dalším významným jazykem na území SR je maďarština)

Etnické složení populace: Slováci 86%, Maďaři 11%, ostatní (vč. Rómů) 3%

Majoritní náboženství: Katolické 60%, Protestantské 8%, Ortodoxní 4%, ostatní 28%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: riziko: kardiovaskulární a onkologická onemocnění, AIDS na 100 000 je 0,04.

Národní program imunizace:

BCG – ve 4 dnech až 6ti týdnech, event. ve 2 a v 11. letech u tuberkulin negativních dětí, a ve 14 letech, dále po 10 letech

DPT – v 9 až 12 týdnech, 13. až 16. týdnu, v 18. až 20. měs., v 5ti letech

OPV - 10. týden až do 1,5 roku, přeočkování 14,5 až 30. měsíci, ve 13ti letech

MMR - ve 2 a 14 letech

Hepatitis B - v 9. až 12. týdnu, 13. až 16. týdnu, 33. až 36. týden, u dětí, které nebyly očkovány - ve 12ti letech.

POLSKO

Jazyk: polština

Etnické složení populace: Poláci 98%, Ukrajinci a ostatní 2%

Majoritní náboženství: Katolické 95%, ostatní 5%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby:

Riziko: fenylketonurie, AIDS na 100 000 obyv. 0,28.

Národní program imunizace:

BCG - po narození, mezi 10. - 12. měs. a v 7., 12., a 18. letech

OPV - ve 3 měs., mezi 4.a 5.měs., v 6 měs., mezi 19.a 24.měs., v 6 a 11 letech
Spalničky - mezi 13. - 15.měs., v 9 letech

RAKOUSKO

Jazyk: němčina

Etnické složení populace: Němci 99%, ostatní 1%

Majoritní náboženství: Katolické 85%, Protestantské 6%, ostatní 9%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko (v angl.): „Rett syndrom“ u dívek, AIDS na 100 000 obyv. je 2,40.

Národní program imunizace:

DPT – ve 3, 4 a 5 měsících a mezi 16. – 18.měsícem

DT/Td - v 7 letech a mezi 14. – 15.rokem

OPV – ve 4 měsících, mezi 5. – 6.měs., v 7 měs., 7 letech a mezi 14. – 15.rokem

MMR - mezi 2. – 7.rokem

Spalničky – u dívek ve 13ti letech.

RUSKO

Jazyk: ruština, další jazyky: ukrajinština, běloruština, uzbečtina, arménština

Etnické složení populace: Rusové 82%, Tataři 4%, ostatní 14%

Majoritní náboženství: Ruské pravoslavné ortodoxní, islám

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin senzitivní malárie v oblastech blízko Iránu a Afghánistánu; diftheria blížící se epidemickému rozsahu; černý kašel, spalničky. Riziko: Japonská encephalitis, AIDS na 100 000 obyv. 0,02

Národní program imunizace:

BCG - mezi 4.- 7.dnem, v 7 letech, mezi 14. – 15.rokem a mezi 27. – 30.rokem

DPT - ve 3 měsících, mezi 4. – 5.měsícem, a v 6ti a 18ti měsících.

DT/Td – mezi 6. – 7.rokem, mezi 11. – 12.rokem, dále každých 10 let

OPV – ve 3 měsících, mezi 4. – 5.měsícem, v 6ti měsících, mezi 1.a 2.rokem, ve 3 letech, mezi 7. - 8.rokem a mezi 15. – 16.rokem

spalničky – ve 12 měsících a mezi 6.-7.rokem

UKRAJINA

Jazyk: ukrajinština, ruština

Etnické složení populace: Ukrajinci 73%, Rusové 22%, ostatní 5%

Majoritní náboženství: Ortodoxní

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: AIDS na 100 000 obyv. je 0,07.

Národní program imunizace: není publikován (po rozpadu SSSR a vzhledem k ekonomické situaci země je možné, že se systém imunizace rozpadl a nefunguje).

MAĎARSKO

Jazyk: maďarština

Etnické složení populace: Maďaři 97%, Němci 2%, Rómové a ostatní 1%

Majoritní náboženství: Katolické 68%, Kalvinistické 20%, Luteránské 5%, ostatní 7%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko: kardiovaskulární a plicní onemocnění (TBC), onkologické choroby

Národní program imunizace:

BCG – mezi 3.a 42.dnem, mezi 10. – 11.rokem, v 16 a 18 letech a mezi 18. – 30.rokem

DPT – ve 3,4,5 a 36 měsících a v 6ti letech

OPV – ve 4, 5 a 36 měsících a v 6ti letech

IPV – ve 3 měsících

MMR – v 15ti měsících

Spalničky – v 11 letech

ANGLIE

Jazyk: angličtina, další jazyky: velština, galština, skotština

Etnické složení populace: Angličané 82%, Skotové 10%, Irové 2%, Velšané 2%, Asiaté a ostatní 4%.

Majoritní náboženství: Anglikánské 85%, Katolické 8%, Presbyteriánské 5%, ostatní 2%.

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko: mírný nárůst TBC, vysoká úmrtnost na kardiovaskulární choroby. AIDS na 100 000 obyv. je 2,62.

Národní program imunizace:

BCG – po narození a v 11ti letech

DPT – 2, 3 a 4 měsících

DT/Td – ve 4 letech

TT v 15ti letech

OPV – ve 2, 3 a 4 měsících, ve 4 a 15ti letech

Spalničky – mezi 5ti – 16ti lety.

CHORVATSKO

Jazyk: chorvatština

Etnické složení populace: Chorvaté 78%, Srbové 12%, ostatní 10%

Majoritní náboženství: Katolické 77%, Ortodoxní 11%, ostatní 12%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: posttraumatický stresový syndrom (následek válečného konfliktu), AIDS na 100 000 obyv. 0,33.

Národní program imunizace:

BCG – po narození a ve 2, 8 a 13 letech

DPT – ve 3,4, 5 a 12 měsících a ve 4 letech

OPV – ve 3, 4, 5 a 12 měsících, a ve 4, 6 a 14 letech

MMR – ve 2 letech

Spalničky – v 6ti letech a dívky okolo 14ti let.

SRBSKO a ČERNÁ HORA

Jazyk: srbochorvatština, dále albánština

Etnické složení populace: Srbové 63%, Albánci 14%, Černohorci 6%, ostatní 17%

Majoritní náboženství: Řecké ortodoxní 65%, Islám 19%, Katolické 4%, ostatní 12%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko: kardiovaskulární choroby, rakovina tlustého střeva, nárůst Insulin-dependentního diabetu u dospělých. AIDS na 100 000 obyv. 0,89.

Národní program imunizace:

Informace nejsou.

ALBÁNIE

Jazyk: albánština, dále řečtina

Etnické složení populace: Albánci 95%, Řekové 3%, ostatní 2%

Majoritní náboženství: Islám 70%, Albánské ortodoxní 20%, Katolické 10%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: nejsou informace, AIDS na 100 000 obyv. 0,09.

Národní program imunizace:

BCG – po narození a v 6ti letech

DPT – ve 2, 4, 6ti a v 18ti měsících

DT - v 5ti letech

OPV – ve 2, 4, 6 a 18ti měsících, a v 5ti letech

Spalničky – v 9ti měsících

RUMUNSKO

Jazyk: rumunština, maďarština, němčina

Etnické složení populace: Rumuni 89%, Maďaři 9%, Němci 2%

Majoritní náboženství: Rumunské ortodoxní 70%, Katolické 6%, Protestantské 6%, ostatní 18%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Rizika: kardiovaskulární choroby, hypertenze, virová hepatitis a onkologické choroby jsou největším problémem dospělých. AIDS na 100 000 obyv. je 2,85.

Národní program imunizace:

BCG - po narození a v 7 a 14ti letech

DPT – ve 3, 4, 5, 18 a 36 měsících

DT/Td – v 7 a 14ti letech

OPV - mezi 2.a 7.měsícem, mezi 4 a 9ti měsíci, mezi 10.a 15.měsícem a v 9ti letech

Spalničky – mezi 9.a 15.měsícem a v 7mi letech.

TURECKO

Jazyk: turečtina, kurdština, arabština

Etnické složení populace: Turci 80%, Kurdové 20%

Majoritní náboženství: Islám 99%, ostatní 1%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: Chlorochin senzitivní malárie (včetně městských lokalit), leishmanióza, trachom (středomořské oblasti a na jihovýchodě), regionálně břišní tyfus, virová hepatitis.

Riziko: „goiter“ (angl.) v severní části okolo Černého moře, stomatologické problémy, AIDS na 100 000 obyv. je 0,04.

Národní program imunizace: (není v souladu s WHO)

BCG – po narození a pak každých 5 let s PPD testem,

Spalničky – v 8 (na venkově) a ve 12 (ve městech) měsících, a při konjunktive spalniček v 15 měsících.

OPV-1 – ve 2 měsících

OPV – 2 – ve 4 měsících

OPV – 3 – v 6ti měsících

OPV booster – v 18ti a ve 24 měsících

DPT – 1 – ve 2 měsících

DPT – 2 – ve 4 měsících

DPT – 3 – v 6ti měsících

DPT booster – v 18 – 24 měsících

DT v 6ti letech nebo před vstupem do školy

Tetanus toxoid – v 10ti letech

IRÁK

Jazyk: arabština, kurdština, asyrština, arménština

Etnické složení populace: Arabové 75%, Kurdové 17%, ostatní 8%

Majoritní náboženství: Islám – Šiité 62%, Sunnité 35%, Křesťané a ostatní 3%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin senzitivní malárie

Riziko: schistosomiasa, AIDS na 100 000 obyv. je 0,03.

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT – ve 2, 4 a 6ti měsících

OPV – po narození a ve 2, 4 a 6ti měsících

Spalničky – v 9 a 15ti měsících
Hepatitis B – po narození, a v 1,5 a 9ti měsících

Asie

JAPONSKO

Jazyk: japonština

Etnické složení populace: Japonci 99%, Korejci 1%

Majoritní náboženství: Šintoismus, Buddhismus 84%, ostatní 16%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko: Japonská encefalitída, schistosomiáza, talasémie, rozštěpy rtu a patra, Oguchiho choroba, AIDS na 100 000 obyv. je 0,21.

Národní program imunizace:

BCG ve 3 měsících

DPT ve 3, 4 a 5ti měsících a v 6ti letech

OPV – ve 3 a 4,5 měsících

Spalničky ve 12ti měs.,

Rubella – dívky mezi 13. A 14. rokem

ČÍNA

Jazyk: Mandarinština, Yue, Wu, Hakka, Xiang a ostatní

Etnické složení populace: Číňané 92%, ostatní 8%

Majoritní náboženství: ateisté a eklektici 97%, ostatní 3%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: Chlorochin senzitivní malárie, rezistentní malárie. Riziko: Japonská encefalitis, schistosomiasis, laktázový deficit u dospělých, alfa-thalasémie, čínský typ G6PD deficit, virová hepatitis. Neurastenie (zahrnuje: anxiozitu, deprese, hypochondické stavy). Hlavní příčiny smrti jsou : hypertenze, diabetes, zhoubná onkologická onemocnění. AIDS – byla nahlášena 0.

Národní program imunizace:

BCG - po narození a v 7 a 12ti letech

DPT - ve 3, 4, 5 měsících, mezi 1,5 – 2. Rokem

OPV – ve 3, 4, 5ti měsících, a ve 4 letech

Spalničky – v 8 měsících

VIETNAM

Jazyk: vietnamština, francouzština, čínština, angličtina, khmérština

Etnické složení populace: Vietnamci 87%, Číňané 3%, ostatní 10%

Majoritní náboženství: Buddhistické 60%, Konfucianismus 13%, Taoistické 12%, Katolické 3%, ostatní 12%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko: choriokarcinom, úplavice, TBC, hepatitis, typhoid, horečka dengue, Japonská encefalitis, cholera, chlorochin rezistentní malárie, vrozené vývojové vady (příčina: chem.bojová látka Agent Orang, pozůstatek Americko-Vietnamské války), AIDS na 100 000 obyv. 0,24.

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT – ve 2, 3 a 4 měsících

OPV – ve 2, 3 a 4 měsících

Spalničky v 9ti měsících.

MONGOLSKO

Jazyk: mongolština, další jazyky: turečtina, ruština, čínština

Etnické složení populace: Mongolové 90%, Kazachové 4%, Číňané 2%, Rusové 2%, ostatní 2%

Majoritní náboženství: Tibetský Buddhismus 95%, Islám 4%, ostatní 1%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: infekční a parazitární choroby, AIDS je hlášena 0.

Národní program imunizace:

BCG – mezi 5 – 7 dny, a v 8, 13 a 18 letech.

DPT – ve 3, 4 a 5 měsících, ve 2, 3, 5 a 18ti letech

DT – v 6ti a 11ti letech

Spalničky – mezi 9. – 15 měsícem

Hepatitis B – po narození, v 1 a 6ti měsících

INDIE

Jazyk: hindština, angličtina, ostatní

Etnické složení populace: Indové 72%, Druvidové 25%, Mongolové a ostatní 3%

Majoritní náboženství: Hinduismus 80%, Islám 14%, Křesťanství 2%, Sikh 2%, Buddhismus a ostatní 2%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Aktuální: cholera, Endemicky: chlorochin rezistentní malárie, anemie u žen, Riziko: Japonská encefalitis, schistosomiasa, deficit vitamínu A je v mnoha případech příčinou dětské slepoty. Většina populace má zdravotní problémy. AIDS na 100 000 obyv. je 0,12.

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT – v 1,5, 2,5 a 3,5 měsících, a mezi 16. – 24.měsícem

OPV – v 1,5, 2,5 a 3,5 měsících a mezi 16. a 24.měsícem

Spalničky – 9. – 11.měsícem

(častěji jsou proočkováni chlápci než dívky!)

PAKISTAN

Jazyk: urdština, angličtina, pandžábština, sindhálština, paštunština,

Etnické složení populace: Pandžabové 66%, Sindhové 13%, Paštuni 9%, Balochové a ostatní 12%

Majoritní náboženství: Islám - Sunnité 77%, Šhiité 20%, ostatní 3%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin rezistentní malárie (včetně městských aglomerací), TBC, akutní respirační infekce, bacilární úplavice, amébózy, vzteklna. Průjem je nejčastější příčinou úmrtí většiny dětí. U dětí nad 5 let se vyskytuje také proteinová malnutrice. AIDS na 100 000 obyv. je 0,01.

Národní program imunizace:

BCG - po narození

DP - v 6,10a 14 týdnech

Spalničky - v 9 měsících

Afrika

LIBYE

Jazyk: arabština, italština, angličtina

Etnické složení populace: Berberští Arabové 97%, ostatní 3%

Majoritní náboženství: Islám - Sunnité 97%, ostatní 3%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin senzitivní malárie (ve městských aglomeracích ne), Riziko: schistosomiasa, „cystinuria“ (v angl.). AIDS na 100 000 obyv. 0,04.

Národní program imunizace:

BCG - po narození

DPT - v 6, 10 a 14ti týdnech, v 18ti měsících

DT - v 6ti letech

OPV – po narození, v 6,10 a 14 týdnech, v 18ti měsících

Spalničky – v 8 a 18ti měsících

Hepatitis B – po narození, v v 1,5 a 8 měsících.

EGYPT

Jazyk: arabština, angličtina, francouzština

Etnické složení populace: východní „Hamitic“(angl.) 99%, ostatní 1%

Majoritní náboženství: Islám – Sunnitě 94%, ostatní 6%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin senzitivní malárie,

Riziko: schistosomiasa, AIDS na 100 000 obyv. 0,03.

Národní program imunizace:

BCG – při narození

DPT – ve 2, 4 a 6ti měsících, mezi 18.až 24.měsícem a v 6ti letech

OPV – ve 2, 4, 6 a 9ti měsících a mezi 18.a 24.měsícem

Spalničky – v 9ti měsících

Hepatitis B – ve 2, 4 a 6ti měsících.

ERYTREA

Jazyk: Tigrinya, Tigre

Etnické složení populace (v angl.j.): Tigrays 50%, Tigre a Kunama 40%, Afar 4%, ostatní 6%

Majoritní náboženství: Islám 50%, Křesťanství 50%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: malnutrice, anemie, střevní paraziti, respirační choroby. Častý je posttraumatický stresový syndrom a deprese. AIDS na 100 000 obyv. je 20,58!

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT – v 6, 10 a 14 týdnech,

OPV – po narození a v 6,10 a 14ti týdnech

Spalničky – v 9ti měsících.

ZIMBABWE

Jazyk: angličtina, chishona, sindebele

Etnické složení populace: Shona 71%, Ndebele 16%, bílí 1%, ostatní 12%

Majoritní náboženství: Synkretické 50%, Křesťané 25%, domorodé víry 24%, Islám 1%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin rezistentní malárie, Riziko: schistosomiasa, diarrhea je zpravidla léčena užíváním bylinných medikamentů. AIDS na 100 000 obyv. je 118,60! (vyšší výskyt je registrován v Namíbii – 119,14 na 100 000 obyv.)

Národní program imunizace:

BCG – při narození

DPT – ve 3, 4 a 5ti měsících,

OPV – ve 3, 4 a 5ti měsících

Spalničky – v 9ti měsících

Hepatitis B ve 3, 4 a 9ti měsících.

JIŽNÍ AFRIKA

Jazyk: afrikánština, angličtina, ndebele, sotho

Etnické složení populace: Afričané 75%, bílí 14%, míšenci 9%, východní Indiáni 3%

Majoritní náboženství: Křesťanství 60%, Hinduismus 2%, Islám a ostatní 38%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Endemicky: chlorochin rezistentní malárie, TBC dosahuje epidemického rozsahu (odhaduje se až 40% populace s TBC). Riziko: hrudní infekce, diarrhea, TBC, schistosomiasa, trachom, AIDS na 100 000 obyv. je 6,76.

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT – v 6, 10 a 14ti týdnech a v 18ti měsících

Td – v 5ti letech

OPV – po narození a v 6, 10, a 14ti týdnech

Spalničky – v 9ti a 18ti měsících

Hepatitis B – v 6, 10 a 14ti týdnech

SUDÁN

Jazyk: arabština, angličtina, nubijština, Ta Bedawie, ostatní

Etnické složení populace: černoši 52%, Arabové 39%, Beja 6%, ostatní 3%

Majoritní náboženství: Islám – Sunnitě 70%, domorodá náboženství 25%, Křesťané a ostatní 5%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Aktivní: žlutá horečka. Endemicky: chlorochin rezistentní malárie Riziko: schistosomiasa, AIDS na 100 000 obyv. 0,91.

Národní program imunizace:

BCG – po narození

DPT v 6, 10 a 14ti týdnech

OPV – po narození a v 6, 10 a 14ti týdnech

Spalničky – v 9ti měsících

KEŇA

Jazyk: angličtina, svahilština, ostatní

Etnické složení populace: Kikujové 22%, Luhyové 14%, Luové 13%, Kalenjin 12%, Kamba 11%, ostatní 28%.

Majoritní náboženství: Protestantské 38%, Katolické 28%, domorodá náboženství 26%, Islám 8%.

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Aktivní: cholera. Endemicky: žlutá horečka, chlorochin rezistentní malárie Riziko: schistosomiasa, AIDS na 100 000 obyv. je 29,13.

Národní program imunizace: BCG po narození

DPT – v 6, 10 a 14ti týdnech

OPV – po narození a v 6, 10 a 14ti týdnech

Spalničky – v 9ti měsících

Ne všichni rozumí preventivním účinkům imunizace!

Arabský poloostrov

IZRAEL

Jazyk: hebrejština, arabština, angličtina, francouzština

Etnické složení populace: Židé 82%, Arabové a ostatní 18%

Majoritní náboženství: Židovské 82%, Islám 14%, Křesťanství 2%, Druze 2%

Etnicky/rasově specifické nebo endemické choroby: Riziko (v angl.): dětská Tay-Sachs choroba, dětská Niemann-Pick choroba, Gaucherova choroba dospělých, středozevní horečka, diabetes, atheroskleróza, hypertenze. AIDS na 100 000 obyv. je 0,96.

Národní program imunizace:

BCG – ve 13ti letech

DPT – ve 2, 4, 6 a 12ti měsících, v 8 letech

OPV – ve 4, 6 a 12 měsících a 6ti letech
IPV – ve 2, 4 a 12 měsících
MMR – v 15ti měsících
Spalničky – v 6 a 14ti letech
Hepatitis B – po narození a v 1 a 6 měsících.

3.3.5. Kultura chudoby

Pojem „kultura chudoby“ zavedl antropolog Oscar Lewis roku 1960. Lewis definoval kulturu chudoby jako subkulturu západní společnosti a vlastními hodnotami a s vlastním chováním, které se odlišuje od hodnot a chování majetných lidí a které přecházejí z generace na generaci. Tato subkultura překonává etnické i regionální hranice a charakterizují ji tyto body:

- Izolace od širší společnosti.
- Nepřátelství a nedůvěra vůči byrokratickým institucím.
- Nevhodné využívání zdravotnických služeb.
- Dlouhodobé období nezaměstnanosti.
- Využívání veřejné pomoci.

Lewisovo vykreslení chudoby jako subkultury se střetlo s ostrými námitkami. Jeho chápání se pokládá za příliš negativní a vůbec neodpovídá na otázky, proč tyto problémy existují a jaká je úloha širší společnosti. Víceří odborníci např. poukazují, že chudobní mají stejné hodnoty jako ostatní společnost a že Lewisovy závěry vycházejí spíše z hodnocení způsobu jejich chování v určitých situacích. Například negativní chování v práci u lidí pocházejících z nízkých vrstev není podmíněné kulturou, ale vychází to ze situace. Ukázalo se, že chudí mají vysokou pracovní morálku, chtějí pracovat a pracují, pokud mají příležitost. Nedostatek sociálních podnětů jim však brání získat si práci a udržet si ji. Pokud by se společnost zbavila chudoby, bývalí chudí lidé se budou chovat stejně jako příslušníci ostatních vrstev.

Podle jiných odborníků všeobecné, abstraktní hodnoty uznávají všichni členové společnosti, tedy nejmajetnější i chudí. Podskupiny a sociální vrstvy se odlišují jen specifickými, konkrétními hodnotami. Tento pohled spojuje kulturní a situační perspektivy chudoby a dává jí perspektivu. Jinými slovy chudí představují osobitnou podskupinu společnosti, a to se zřetelem na sociální struktury, které jim znemožňují aktualizovat hodnoty a formy chování dominantní společnosti.

Úvahy o zdraví

Rodiny žijící na úrovni chudoby definují zdraví v pracovních pojmech: pokud lidé mohou pracovat, jsou zdraví. Mají tendenci k fatalismu a věří, že chorobě nelze předejít. Mají obrovské problémy a všechny jejich snahy jsou zaměřené na momentální přežití, neorientují se na budoucnost. Většina lidí s nízkým příjmem se nezúčastňuje pravidelných lékařských prohlídek, neboť si je nemůžou dovolit. Pro ně je důležitější pracovat, než vynaložit finanční náklady za lékaře. Spoléhání se na veřejnou pomoc a nemožnost platit si zdravotní pojištění limituje dostupnost jakékoliv zdravotnické péče pro tyto lidi.

Životní podmínky, v kterých žijí chudí, mají dopad na jejich zdraví. Jejich příbytky jsou přeplněné a jsou ve stádiu rozpadu. Běžným jevem je nepořádek a celková zanedbanost. Mnohé ulice jsou plné odpadků, na chodbách je množství potkanů. Konstantními prvky jsou požáry a zločiny. Zábavné a oddechové zařízení takměř neexistují, což nutí děti hrát si na ulicích a chodbách. Rodiče, kteří mají práci, pracují obvykle velmi dlouho a vydělávají jen tolik, že horko-těžko přežívají. Když mají svoje děti rádi, jednoduše na ně nemají čas a jsou příliš unavení, aby se jim věnovali. Z toho vyplývá, že si malé děti dělají co chtějí, a v podstatě se o ně starají jen starší sourozenci. Při všech těchto problémech nelze očekávat, že u chudých lidí by byla nízká tolerance k frustraci. V této společnosti se vysoce cení, pokud si děti hledají práci namísto toho, aby si doplnili vzdělání.

V současnosti se pozornost více zaměřuje na **bezdomovce**. Už se nepokládají za opuštěné tuláky či lidské trosky. Odhaduje se, že jen v USA žije skoro 3 miliony lidí bez domova včetně celých rodin, dětí vojenských veteránů, narkomanů a duševně nemocných.

Chudí mají mnoho stejných potřeb jako ostatní lidé a velmi se neliší ani svými pocity. Jsou citliví a lehce se dostávají do rozpaků. Pokud se octnou ve zdravotnickém zařízení, profesionální pracovníci k nim často přistupují blahosklonně, ponižující či s předsudky. Tento přístup vychází z obavy a pocitu nejistoty při konfrontaci s něčím neznámým, a proto je velmi důležité, aby se sestra zamyslela nad vlastními hodnotami a postoji. Měli by citlivě vnímat jiné kultury a respektovat všechny rozdíly v jejich životních stylech. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 763)

3.3.6. Ošetřovatelský proces v multikulturním/transkulturním ošetřovatelství

Při zabezpečování ošetřovatelské péče je třeba zohledňovat pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se váží k vlastnímu zdraví i poskytování zdravotnické péče. Tripp-Reimer a kol. (1984) uvádějí: „Vyčerpávající zhodnocení kultury není potřebné, základní údaje o kultuře jsou však nevyhnutelné.”

Na začátku procesu by si měli sestry uvědomit, jaké jsou jejich vlastní etnické a kulturní hodnoty, názory či praktiky a jak se tyto názory projevují v ošetřovatelské praxi. Pokud se ve vztahu pacient-sestra přiblíží k sobě dvě subkultury, tj. kultura pacienta a kultura sestry, vznikne unikátní prostředí, které může zlepšit nebo zhoršit stav pacienta.

Pokud si sestra uvědomí určité odlišnosti, ale i svoje osobní předsudky, může se jí podařit změnit vlastní chování, případně (pokud to není schopná udělat) se vyhnout situacím, které vyžadují kompromis. Vědomí kultury je možné si vybudovat postupným pochopením její hodnoty. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 764-767)

3.3.6.1. Posuzování

V procesu posuzování může získat sestra dostatek údajů o etnické skupině a kultuře, z které pochází pacient. Smysl tohoto etnokulturního hodnocení spočívá v identifikaci rozdílů mezi kulturními parametry s cílem modifikovat pacientův systém nebo systém zdravotnické péče, a tím dosáhnout jejich větší slučitelnosti.

Při všeobecném posouzení pacienta se vyzvednou osobnostní charakteristiky a zároveň se ukáže, co si vyžaduje hlubší hodnocení. V tomto stádiu sestra nedělá závěry, jenom získává od pacienta informace. Údaje mohou být subjektivní nebo objektivní. Příkladem subjektivních údajů je konstatování pacienta: „Myslím, že je velmi důležité být zdravý.” Příkladem objektivních údajů je konstatování: „Pacient mluví Španělsky, narodil se na Kubě.”

Základní údaje o kultuře mohou být součástí anamnézy. Patří k nim také údaje o těchto parametrech:

- *Etnicita*. Poznání etnické příslušnosti pomůže sestře lépe pochopit potřeby pacienta. Je užitečné, pokud ví, či jde o současného přistěhovalce nebo utečence, případně o potomka přistěhovalců. Čím déle žije pacient se svojí rodinou v ČR, tím více se jeho kultura sblíží s kulturou nové vlasti.
- *Jazyk*. Je důležité poznat rodný jazyk pacienta, i když hovoří plyně česky. Během onemocnění či ve stresu může totiž komunikovat česky velmi špatně a vrací se k rodnému jazyku. Navíc se sestra musí přesvědčit, že pacient pochopil doporučení a pokyny týkající se léčby a léčebných úkonů. Pacient se někdy může chovat tak, jakoby všechno pochopil (např. souhlasně přikývne hlavou), pokud ho sestra nechá úkon popsat vlastními slovy zjistí, že mu v češtině nerozuměl. V takovém případě musí zajistit tlumočnicka.
- *Náboženské a duchovní potřeby*. Zabezpečení péče o pacienta si žádá pochopení jeho víry, a také potřeb, které z ní vyplývají. Poznáním podstaty náboženských požadavků podporuje sestra pacienta v jeho duchovních potřebách.

- *Model rodiny.* Sestra by měla zjistit, z jaké rodiny pacient pochází a kdo v ní rozhoduje. Například ženy z kultur, v kterých má rozhodovací právo jedině manžel nebo otec, odmítají účast na rozhodování. Sestra by měla poznat, jaký význam mají např. výroky: „Nemůžu se rozhodnout, dřív než si popovídám s manželem.“ anebo „Zeptejte se manžela, ten to ví nejlépe.“. Citlivou záležitostí bývá také přání členů rodiny či blízkých osob být u pacienta, když umírá. Tuto záležitost si musí sestra dopředu ověřit.
- *Oblíbené jídla a způsob stravování.* Názory na výživu a stravování mohou výrazně ovlivňovat zdraví pacienta. Sestra by měla v první řadě zjistit, která jídla kultura pacienta zakazuje. Například muslimové nesmí jíst výrobky z hovězího masa, ortodoxní židové nikdy nemíchají při jednom jídle maso a mléčné produkty atd. Také by měla zjistit, jaké jídla má pacient nejraději a kterým jídlům připisuje léčivé účinky. Dále by si měla všimnout, jak se pacient chová při jídle, aby odlišila vliv kultury a fyzického projevu; např. pacient, který nejí, může věřit, že hladověním si čistí tělo nebo, že si odpykává Boží trest.
- *Názory na zdraví a zdravotní praktiky.* Sestra by měla znát názory pacienta na příčinu své choroby. Myslí si, že chorobu zapříčinily choroboplodné zárodky či nesprávný životní styl, nebo věří, že choroba je trestem, kletbou nebo výsledkem nerovnováhy s přírodou? Jaké léky pacient vyzkoušel a jaká byla jejich účinnost?

Na toto všeobecné hodnocení navazuje stanovení kroků spadajících do systému zdravotnické péče, např. předškolní očkování, poučení o diabetu, péče o nemocné v domácnosti apod. v této etapě sestra zjišťuje, proč vlastně pacient vyhledává zdravotnickou pomoc, jaké jsou jeho momentální i předcházející těžkosti a jakou léčbu očekává. Například pacient může povídat: „Přišel jsem, proto že se cítím nemocný, všechno se kolem mne točí. Jednou jsem to už zažil, lékař mi dal nějaké tabletky a přešlo to.“ Tuto informaci můžeme zpřesnit dalšími otázkami:

- Co je podle vás příčinou problému?
 - Co myslíte, jakou léčbu by jste potřeboval?
 - Jaké největší problémy vám způsobuje nemoc?
- (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 765-770)

3.3.6.2. Diagnostika

Sesterské diagnózy pacienta, který má osobité etnické či kulturní potřeby, můžou souviset s mnoha faktory, např. s jazykem či se stravováním.

Sesterské diagnózy:

- **Narušená verbální komunikace** ve vztahu k jazykové bariéře. Narušená verbální komunikace je „stav, při kterém jedinec není schopný úplně nebo částečně mluvit, nebo ostatním rozumět“. Mezi definující charakteristiky této sesterské diagnózy patří neschopnost mluvit dominantním jazykem a nacházet vhodná slova při rozhovoru, což se může projevit u osob z minoritní etnické skupiny. K této jazykové bariéře se může připojovat ještě strach, zahanbení, nedostatek soukromí či nedostatek podporujícího systému (to všechno jsou etiologické či přispívající faktory u pacientů minoritních skupin). Svoji úlohu mohou sehrát také patofyziologické a situační podmínky.
- **Nedostatečné vyrovnávání se jedince** vzhledem ke změně prostředí.
- **Neefektivní řešení problémů v rodině** v souvislosti s chyběním rozšířené rodiny.
- **Bezmocnost** související s neschopností slovní komunikace. Bezmocnost je „stav, při kterém pociťuje jedinec nedostatek osobní kontroly nad určitými ději nebo situacemi“. Projevuje se nespokojeností, odmítnutím či vyloučením se z účasti na rozhodování, apatií, depresí nebo rezignací. V některých kulturách převládá fanatický vztah k chorobě i k smyslu hospitalizace. Pokud pacient zastává tento názor, od sestry není správné označovat jeho chování jako bezmocnost.
- **Sociální izolace** vzhledem k jazykové bariéře. Sociální izolace je „stav, při kterém přežívá jedinec potřebu či tužbu po kontaktu s jinými, ale takový to kontakt není schopný navázat“. Tato diagnóza se popisuje velmi těžko. Carpenito uvádí: „Protože

sociální izolace je subjektivní stav, je třeba brát do úvahy všechny úsudky týkající se jedincových pocitů osamělosti. I když příčiny jsou různé a lidé svoji osamělost projevují rozdílnými způsoby, absolutní řešení této diagnózy neznáme“. Sociální izolace se vyskytuje nejčastěji u pacientů, kteří nemají během hospitalizace na blízku žádnou rodinu či blízké osoby.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 770)

3.3.6.3. Plánování

V procesu plánování ošetrovatelských cílů musí sestra zohledňovat kromě jiného i kulturní faktory týkající se pacienta. Podle Tripp-Reimera a kol. je toto stádium „řízené na úrovni kulturních faktorů, které mohou ovlivňovat sesterské zásahy“. Například sestry se mohou pacienta ptát:

- Co při takovém to stavu obvykle jíte?
- Co dělá v takovém stavu vaše rodina?
- Je něco, na co jsem si nevzpomenula a o čem si myslíte, že by mohlo být užitečné?

Po získání těchto informací si musí sestra uspořádat údaje. Sestra se musí zajímat, do jaké míry jsou pacientovi přesvědčení, hodnoty a zvyky slučitelné s jedním ze tří standardů:

- Standard kulturní či etnické skupiny identifikovaný pacientem.
- Standard vlastní kultury sestry.
- Standard zdravotnického zařízení, který slouží jako základ pro interakci.

Může se stát, že údaje nebudou v souladu ani s jedním standardem. Například pacient konzumuje stále rýži jako hlavní složku každého jídla; v takovém případě si sestra uvědomí, že tato praxe je standardní v jeho etnické skupině, zjistí, že tato praxe se odlišuje od jeho vlastní, nebo si uvědomí, že zdravotnické zařízení není schopné připravovat rýži ke každému jídlu. Potom určí, či léčebný plán připouští uvedené stravovací praktiky pacienta. Pokud ne, hledá způsob, jak integrovat pacientovy praktiky do ošetrovatelského plánu; musí například vědět, zda může rodina nosit do nemocnice uvařenou rýži. Samozřejmě, pokud nemocný rýži nesmí jíst, sestra mu musí pomoci změnit stravovací návyky, případně alespoň se pokusit pochopit, proč se pacient nechce změnit.

Často je důležité zapojit do přípravy ošetrovatelského plánu také rodinu pacienta, zejména, pokud je tato rodina rozšířená a znamená pro pacienta hlavní oporu. Při plánování strategie péče by měla sestra brát do úvahy jazykové bariery a zhodnotit, zda je potřebný tlumočnick.

V některých případech je třeba pacienta určité etnické skupiny informovat o tom, co se s ním bude dít, aby se předešlo rozpakům, či roztrpčení. Například dřív, než se pacientovi podá klyzma, je třeba ho osobně připravit a podpořit.

Možné cíle pacientů podle sesterských diagnóz:

- Redukovat či odstranit narušenou komunikaci.
- Dosáhnout efektivní verbální a neverbální komunikaci, aby pacient uměl vyjádřit základní potřeby.
- Pomocť pacientovi při přizpůsobování se novému prostředí v nemocnici.
- Udržovat sociální kontakt s rodinou, jinými návštěvníky a personálem.

Cílem pro rodinu může být vytvoření efektivních mechanismů vyrovnání se s problémem hospitalizace pacienta.

Výsledná kritéria, která umožňují odhadnout, do jaké míry byly splněny uvedené cíle:

- Pacient prostřednictvím tlumočnicka vyjadřuje pocity, zájmy a požadavky.
- Pacient používá efektivní metodu komunikace verbálními i neverbálními prostředky.
- Pacient se účastní na rozhodovacím procesu v souvislosti s plánováním péče.

- Pacient využívá rodinu, přátele i zdravotnický personál na pomoc při adaptaci na změny prostředí.
- Pacient vyjadřuje pocity týkající se kontroly nad nemocí a léčbou.
- Pacient komunikuje s personálem prostřednictvím tlumočnicka nebo neverbálními prostředky.
- Rodina pacienta využívá dostupné zdroje na to, aby se adaptovala na pobyt svého člena v nemocnici.
- Rodina pacienta využívá všechny účinné alternativní strategie, aby se vyhovělo potřebám rozšířené rodiny.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 770-771)

3.3.6.4. Realizace

Úspěšné sesterské aktivity zaměřené na pacienty jednotlivých kultur si žádají ze strany sestry podpůrnou komunikaci a respektování jejich hodnot, názorů a praktik. Význam má zejména kulturní citlivosti, tj. respektování jedinců, uvědomění si různosti kulturních přesvědčení a praktik, konané v prospěch pacienta, aby se mu poskytovala bezpečná a kvalitní péče, jako také modifikování plánu péče tak, že se do něho zahrnují pacientovy názory a praktiky, které ho nemohou ohrozit na životě.

Klinické pokyny

Interakce s pacienty různých kulturních a etnických skupin:

- Respektujte jedince a jeho osobní názory, přesvědčení a postoje, a také kulturní a etnické praktiky.
- Pokuste se zjistit co nejvíce informací o hlavních etnických či kulturních skupinách, s kterými se můžete dostat do kontaktu.
- Zamyslete se nad svojí vlastní komunikací (např. nad výrazem tváře, mimikou a gestikulací) i nad tím, jak si ji mohou vysvětlovat jiní.
- Uvědomte si rozdíly v způsobech komunikace pacientů a zhodnoťte specifické chování (např. nedostatečný kontakt očima), pokud nezávážíte etnické a kulturní zázemí konkrétního pacienta.
- Uvědomte si vlastní předsudky a přijaté stereotypy.
- Porovnejte názory pacienta, např. na otoky nohou, s vašimi názory. Tím ukážete, že respektujete jeho názory a že máte o něho zájem.
- Uvědomte si, že kulturní symboly a praktiky mohou přinést pacientovi pohodu.
- Podporujte pacientovy návyky a zařaďte je do ošetrovatelské praxe, samozřejmě, pokud je to možné a nejsou kontraindikované ze zdravotního hlediska, např. obstarajte pacientovi horký čaj, pokud ho rád pije a nikdy nepil studenou vodu.
- Nikdy nedělejte něco, co je pro pacienta nepřijatelné. Například Portorikánci nemají rádi bezdůvodné dotyky.
- Pamatujte si, že barva kůže pacienta neurčuje vždy jeho příslušnost k určité kultuře.
- Pokuste se poznat, jaké názory má pacient na zdraví, chorobu, smutek a systém zdravotnické péče.
- Revidujte svoje vlastní postoje a názory na zdraví a objektivně prozkoumejte jejich logiku a původ.
- Rozšiřte si znalosti o rozličných přesvědčeních a hodnotách, a neznepokojte se, pokud nejsou v souladu s vašimi přesvědčeními a hodnotami.
- Pamatujte si, že v průběhu choroby se může vrátit k svým běžným kulturním praktikám, např. pokud se již naučil češtinu, může začít mluvit svým původním jazykem.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 771-772)

3.3.6.5. Vyhodnocení

Při hodnocení efektivnosti ošetrovatelské péče o pacienty rozličných etnických a kulturních skupin musí sestra určit, do jaké míry se splnily cíle, a to porovnáním jejich současného stavu s předpokládaným výsledkem hodnotících kritérií.

Sestra musí vyhodnotit také svoji vlastní kompetenci v této oblasti. Například může se sama sebe zeptat: „Jak jsem komunikovala s pacientem?“, „Jak se mi podařilo zapojit pacienta a jeho rodinu do ošetrovatelského procesu?“, „Podařilo se mi pochopit pacientovy hodnoty, přesvědčení či zvyky?“, „Podařilo se mi vyjádřit, že je respektuji?“, „Podařilo se mi zahrnout pacientovy hodnoty, přesvědčení či zvyky do plánu ošetrovatelské péče?“, „Znám svoje vlastní hodnoty, přesvědčení a návyky?“. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 771-772)

3.4. Spiritualita a religiozita v ošetrovatelství

3.4.1. Náboženství a nemoc

Duchovní a náboženské přesvědčení jsou významné v životě mnohých lidí. Mohou ovlivňovat způsob života, postoje a vztah k chorobě i ke smrti. Některé organizované náboženství nají osobitě nařazení ve věcech stravování, kontroly porodnosti i vhodné medicínské léčby. Některé religiózní skupiny zatracují moderní vědu pro její „falešné učení“, např. o evoluci. Jiné skupiny ve všeobecnosti podporují medicínskou léčbu, ale mají specifické praktiky, např. adventisti sedmého dne vyzívají svoje členy, aby se vyhýbali užívání některých léků, když nejsou vážně nemocní.

Duchovní přesvědčení může nabýt větší význam v době onemocnění než kdy jindy v lidském životě. Někteří pacienti mohou na chorobu pohlížet jako na zkoušku víry, např. „Pokud mám dostatek víry, uzdravím se.“ Při takovém to pojmání pacient i jeho příbuzní obvykle pojmají chorobu bez narušení jejich náboženského přesvědčení.

Jiní lidé zase nahlízejí na chorobu jako na trest a myslí si: „Co jsem udělal, že jsem tohle zasloužil?“. Tyto lidé spojují onemocnění s amorálním chování a jsou přesvědčení, že jejich choroba je trestem za jejich minulé hříchy. Někteří také věří, že choroba ustoupí prostřednictvím modliteb, slibů a pokání. Tyto lidé si myslí, že zdravotníci léčí pouze příznaky choroby a skutečně se vyléčí, jen pokud jim bude odpuštěno. Pokud se takový to jedinec neuzdravuje, potom jeho podporující osoby akceptují jeho „potrestání“, nebo nahlízejí na takovýto „trest“ jako na nespravedlivost.

Obvykle však duchovní přesvědčení pomáhá lidem akceptovat svoji chorobu a dělat si plány do budoucnosti. Náboženství může pomoci připravit lidi na smrt a posilovat je během života. Dokáže dát životu i smrti smysl, může být přístavem síly, klidu a víry v době krize, může poskytnout pocit bezpečí nebo vytvořit hmatatelnou síť sociální podpory.

Některé duchovní přesvědčení jsou však v konfliktu s přijatou medicínskou praxí. Pokud víra vede jedince k odmítnutí jistých léčebných úkonů, může nastat ohrožení života. Například mnozí Svědci Jehovovi nesouhlasí s transfuzí krve pro svoji religiózní doktrínu (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 777-778.).

3.4.2. Vyznání víry a zdravotnická péče

Vycházení v ústřety duchovním potřebám pacientů a jejich příbuzných tvoří část úloh sester, podobně jako pověřených kaplanů a jiného duchovenstva. Pojem **duchovní** zahrnuje kněze, rabíny, pastory, církevní starší a duchovní poradce. Některé religiózní skupiny, např. mormoni či scientisti, nemají vysvěcené duchovní; mají obvykle lidi, kterých úlohou je poskytovat duchovní pomoc nemocným. Sestry o nich musí vědět, protože mají důležitou funkci.

Není možné, aby sestry byly dobře obeznámeny s praktikami všech náboženských skupin, důležité je, aby znaly hlavní religiózní skupiny komunity, v které pracují. Představitelé církvi

obvykle poskytují sestřám informace potřebné pro péči o pacienty. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 778)

3.4.2.1. Agnosticismus a ateismus

Agnostikem je osoba, která pochybuje o existenci boha či nejvyšší bytosti, nebo je přesvědčená, že existence boha nebyla dokázána. **Ateista** popírá existenci Boha. **Teizmus** je víra v jednoho, nebo vícero bohů. **Monoteizmus** je víra v existenci jediného Boha. Kodexy morálky a etiky agnostiků a ateistů nejsou odlišné od přesvědčení věřících lidí. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 779)

3.4.2.2. Římskokatolická církev

Římskokatolická církev zastává názor, že novorozenec má duši od okamžiku početí, proto je třeba plod pokřtít, pokud není evidentně mrtvý; stejně tak děti ohrožené na životě. Křest může vykonávat podle církevního rituálu jakákoliv osoba (např. lékař anebo sestra v nepřítomnosti kněze). Platný křest vyžaduje vylití vody na hlavičku dítěte při opakování předepsaného výroku: „Křtím tě ve jménu Otce, Syna a Ducha Svatého“. Pokud křest vykonává lékař nebo sestra, musí se to zaznamenat do chorobopisu a informovat rodinu i kněze.

Římskokatolická církev podporuje pomazání nemocných. Poskytnutí *svátosti nemocným* se pokládá za zdroj síly na uzdravení, jako také přípravu na smrt. Kněz pomáže několik míst na těle olejem. V současnosti se pomazání u katolíků vykonává častěji. Mnozí starší věřící mohou však pomazání přijímat se strachem nebo hrozbou, neboť ho pokládají za znamení hrozící smrti. Proto by měla sestra nebo kněz nejprve vysvětlit pacientům smysl pomazání, aby se minimalizoval nesouhlas. Pomazání může předcházet zpověď a svaté přijímání. Tyto svátosti vykonává kněz nebo jiná pověřená osoba.

Římskokatolická církev věří v „princip celistvosti“ umožňuje všeobecné přijímání medicínských procedur. Transplantát se akceptuje, jako také odejmutí orgánu, pokud neohroží život dárce nebo nenaruší funkční integritu jeho těla. Stejně se posuzuje biopsie i amputace. Souhlasí se také s pitvou, ale všechny hlavní části těla (ty, které udržují člověka při životě) musí být poskytnuté k náležitému pochování do země anebo ke kremaci.

Přísné katolické zákony zakazují kontrolu porodnosti, sterilizaci a potraty. Jedinou odsouhlasenou metodou je zdrženlivost; arteficiální způsoby jsou zakázané. Sterilizace je zakázaná, pokud není nějaký závažný medicínský důvod. Terapeutické i požadované potraty jsou zakázané, i tehdy, když je ohrožen život matky.

Některí katolíci mají jisté stravovací zásady a období půstu (nejí maso na Popeleční středu a Velký pátek). Neděle je dnem pobožnosti, když služby boží jsou v katolických kostelech i jiné dny. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 782)

3.4.2.3. Evangelická církev

Tato církev nemá výhrady vůči medicínským procedurám včetně pitvy a terapeutickým potratům, ani nenařizuje omezení se ve stravování. Nesouhlasí však s potraty na přání. Svatby a početí potomka se nedoporučují při výskytu závažných fyzických či psychických defektů. Kontrola porodnosti a sterilizace se nechávají na rozhodnutí jednotlivců. Děti se křtí 6. až 8. týden po narození. Před smrtí mohou být členové církve požehnáni a pomazáni, pokud si to přejí. Pohřební rituály se obvykle vykonávají už u novorozenců zemřelých po 6. až 7. měsících těhotenství. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 781-782)

3.4.2.4. Judaismus

Židovské náboženství má tři hlavní skupiny: nejpřísnější je ortodoxní, konzervativní a reformní skupiny jsou méně přísné. Židovský zákon vyžaduje, aby židé vyhledávali kvalifikovanou medicínskou péči. Mohou využívat léky, přijímat krev a vakcíny, může u nich

být provedena biopsie i amputace. Někteří ortodoxní židé věří, že celé Bohem dané tělo se musí vrátit do země, vyžadují tedy pochování jakéhokoliv tělesného orgánu. Pro ortodoxní židy je tedy dárcovství transplantátů nepřijatelné. Sestra musí zabezpečit, aby amputované končetiny či orgány byly odevzdané ortodoxním židovským rodinám, aby je mohli pochovat.

Proti kremaci jsou výhrady. Méně přísné skupiny souhlasí s pitvou za předpokladu, že nebudou odebrány části těla. Těla (i plodů) jsou rituálně umývané v pohřebních ústavech a po smrti se co nejdříve pochovávají.

Terapeuticky přerušené těhotenství je dovolené při ohrožení fyzického či psychického zdraví ženy. Potraty na požádání ženy se nepřipouštějí. Není povolena ani vasektomie.

Ortodoxní a konzervativní židé se řídí předpisem o tzv. košer stravě, která zakazuje vepřové maso, maso měkkýšů a některé další jídla, jako také konzumování mléčných výrobků spolu s masem. Reformní židé už tyto předpisy většinou nedodržují.

Obřízka

Pro Izraelity je obřízka od pradávna nevyvratitelným znamením abrahámovského svazku mezi Bohem a jeho lidem. (Co by měl každý vědět o židovství, 2000, s. 68)

U novorozenců mužského pohlaví se u ortodoxních a konzervativních židů vykonává 8. den života obřízka. Pokud je medicínsky kontraindikovaná, je možné ji odložit. Může se jí zúčastnit rabín i mužští členové synagogy; vlastní obřízku vykonává židovský lékař nazývaný *mohel* (rituální obřezávač, obeznámený s židovským zákonem a s hygienickými medicínskými technikami). Na obřad je potřeba speciální příprava a souhlas ošetřujícího. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 781)

Ještě před obřízkou se dítě položí na zvláštní sedadlo, „křeslo Eliáše“, proroka, který je pokládán za věčného Božího posla, vysílaného k jeho lidu. Při obřízce drží na kolenou dítě „kmoť“ (*sandak*). Dříve než *mohel* zanotuje chválu Boží za příkaz obřízky, přísluší otci, aby poděkoval Bohu za štěstí, že byl novorozenec přijat do svazku Abrahamova.

S obřízkou je spojeno vyhlášení jména. V mnoha obcích dostane synagoga pruh (*mapa*) z plátna, užitého při obřízce, na němž je vyšito jméno, datum narození a požehnání „k Tóře, manželství a pro dobré dny“. Pak následuje slavnostní jídlo, při němž hosté předávají dárky. U dívek obřízka není; udělení jména se děje v synagoze většinou první sobotu po narození. (Co by měl každý vědět o židovství, 2000, s. 68)

Modlitby

Pro zbožného Žida je celý život bohoslužbou. Vyznávat boha jako Stvořitele a pána světa i vlastního života chvalořečením a žehnáním je prvotním posláním jeho cesty víry. Tak jsou všechny události v průběhu dne. Žid „probouzí“ den ranní modlitbou (*šacharit*), nejrozšířenější ze všech modliteb všedního dne. V ní se modlitebník oddává do Božích rukou, připomíná si Tóru, která je daná lidu izraelskému jako dar a úkol, vysloví vyznání víry a další modlitby chval, proseb a pokání. Den končí noční modlitbou, která opět osahuje řadu prvků z ranní modlitby. Probírá se v ní a uzavírá den a vyprošuje odpuštění zjevných i skrytých hříchů. Doznívá důvěrou v mír a Boží opatrování.

Důležitou roli hrají modlitby při jídle. Často mají charakteristickou formu *bracha*, požehnání: Bud' pochválen věčný Bože, který... . *Brachot* mohou být proslovena při rozmanitých příležitostech, třeba při zvláštních přírodních událostech nebo při oznámení dobré nebo špatné zprávy; člověk je povolán, aby za všechno chválil Boha. Jsou zvláštní modlitby pro mimořádné události, jako je obřízka, svatba, úmrtí. K tomu přistupují modlitby při domácích slavnostech a při bohoslužbě. Modlitby se mohou konat doma nebo spolu s obcí. (Co by měl každý vědět o židovství, 2000, s. 48-49)

Ortodoxní židé a konzervativní ctí *sabat* (sobotu) od pátkového večera až po sobotní západ slunce. V tomto čase anebo přes hlavní židovské svátky mohou odmítnout hospitalizaci anebo se podrobit lékařskému zákroku, pokud to není nevyhnutelné na záchranu života. Roš hašana je první den židovského Nového roku, který je v září. O 10 dní později je největší židovský svátek *jom kipur* vyznačuje konec času určeného na rozjímání nad životem. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 781)

3.4.2.5. Islám

Zdravotnická osvěta

Mentalita muslimského pacienta je značně odlišná od běžného našeho pacienta. Dobrá komunikace s muslimskými pacienty v rámci rozumně prováděné zdravotnické osvěty je *conditio sine qua non* pro úspěch zdravotní péče poskytované našimi lékaři.

Osobní modlitba

Muslim se musí modlit pětkrát denně: před východem slunce, v poledne, odpoledne, při západu slunce a večer po západu slunce. Každá modlitba je spojena s povinností omývat se. Rituální omytí se skládá z vypláchnutí úst, očí, uší a z omytí rukou po lokty a nohy po kolena. Nikdy neprocházejte před tím, kdo se modlí, je to považováno za velkou urážku. Projděte za zády modlíciho se, nevšímejte si ho. Občas cítí muslim nutnost pomodlit se i mimo stanovené časy modliteb, případně některou modlitbu z různých důvodů poskytnout nebo spojit několik modliteb dohromady. Je třeba s tím počítat. Každý pátek se muslimové modlí společně ve skupinách. Bylo by vhodné určit místo, které by mohli používat jako modlitebnu. Nejlépe je dohodnout se předem se šejchem (starší obce), který má autoritu, a s ním vybrat vhodnou místnost. Ta se ale nesmí používat k jiným účelům. Tato místnost by měla být umístěna poblíž vodovodu, aby se mohli pacienti před modlitbou rituálně omýt. Muži a ženy se modlí zvlášť, nikdy ne ve společné místnosti. Nemocnému člověku stačí modlit se pouze třikrát. První modlitba je před východem slunce, při druhé může spojit polední a odpolední modlitbu a konečně při třetí může spojit modlitbu při západu slunce a večerní modlitbu. Možnost nerušeného soukromí pro modlitbu je důležitá pro každého nemocného muslimského pacienta; mnohem důležitější je však tento požadavek pro muslimské pacientky - ženy! Očista, mytí jsou pro nemocného pacienta důležité a jakmile to jeho zdravotní stav dovoluje, je třeba je provádět. V případě nutnosti postačí pouze symbolické omývání (*tajammum*).

Náboženské předměty

Modlitební koberec a korán jsou pro muslima klíčové předměty a zdravotnický personál ani spolupacienti by na ně neměli nic pokládat. Koberce i koránu se nesmí dotýkat žádná osoba, která má ruce znečištěny krví nebo močí, je tedy rituálně nečistá. Někteří muslimové nosí na sobě amulet, černou stuhu, stříbrný či zlatý řetízek, na nichž jsou napsány citáty z koránu. Pokud pacient na jejich nošení trvá, neměly by se mu násilím odebírat. Neměly by se při prováděných výkonech namočit měly by zůstat suché.

Jídlo

Muslimům není dovoleno jíst vepřové maso, ani žádné výrobky z vepřového masa, včetně sádla a pokrmů připravených na sádle. Maso ze zvířat, které muslimové mohou jíst, má být ze zvířat poražených nikoliv běžným způsobem, nýbrž speciálním způsobem (*halal* nebo *zabiha*). Z mořských živočichů mohou jíst muslimové všechny druhy ryb, které mají šupiny a některé měkkýše jako např. humry, garnáty. Muslimové nesmějí konzumovat alkoholické nápoje, ani nápoje do nichž je alkohol přimíšen. Nesmějí jíst ani pokrmy, které byly připravovány na alkoholu. Při sestavování jídelníčku dáváme přednost drůbežímu a hovězímu masu. Pokud možno se vyhýbáme mletému masu. Jinak na úpravě nezáleží, maso může být uvařené, pečené, případně s omáčkou apod.

Návštěva příbuzných u nemocných

Během návštěvy příbuzných je u muslimů zvykem společně se pomodlit za uzdravení nemocného. Největší problémy jsou s tím, že se hlavně ženy rády starají o nemocného. Donesou jídlo, případně se je pokoušejí uvařit přímo u postele. K tomuto účelu používají lihové vařiče. Ke každému setkání již tradičně patří příprava čaje nebo kávy.

Obřady spojené s porodem dítěte

Novorozenec má být bezprostředně po porodu nejprve vykoupán a potom teprve podán matce. Matky, otec, či porodní asistentka pak dítěti zašeptá do jeho pravého ucha výzvu

k modlitbě a do levého začátek modlitby. To proto, aby první zvuky, které novorozenec uslyší, se týkal muslimské víry. O sedm dní později dostane dítě jméno. Ostříhají dítě dohola, vlásky zváží a stejné množství zlata a stříbra nebo tomu odpovídající hodnota v penězích se rozdává chudým. Obětuje se zvíře, zpravidla ovce. Obřízka u chlapců se provádí nejčastěji ve věku 7 - 12 let, přesto, že je povolena již v prvních sedmi dnech věku dítěte. U předčasně narozených, těžce nezralých dětí se má věnovat zdravotní péče všem, které se narodily ve 130. dnu těhotenství a dále (tj. dětem přibližně od 19. gestačního týdne).

Kontrola porodnosti a potraty

Kontrolu porodnosti dnes islám připouští za těchto podmínek: jestliže používaná metoda nemá nepříznivý vliv na zdraví manželů, jestliže nevyústí v trvalou sterilitu.

Potrat je povolen v těchto případech:

- Pokud je bezprostředně ohroženo zdraví matky.
- Pokud je bezprostředně ohrožen život matky.
- Pokud je mladší než 120 dní (do 17. gestačního týdne) a ještě se nestal osobností a pokud by došlo k zastavení laktace a tím bylo ohroženo zdraví jiného dítěte této matky.
- Pokud došlo k otěhotnění ženy po znásilnění a existuje obava z psychických traumat matky.

Záležitosti týkající se porodnosti a potratu vyžadují *souhlas obou* manželů a doklad o tom podepisují oba partneři.

Lékařská péče o ženy - pacientky

Muslimské ženy často nosí oděv, který zakrývá celé jejich tělo. Při lékařském vyšetření je žádáno, aby ženu - pacientku vyšetřovala a léčila pokud možno žena - lékařka. V případě, že není možné ošetření ženy lékařkou, lze požádat manžela o výjimku a provést ošetření lékařem, ovšem za přítomnosti manžela. V období 10 dní po porodu a 5-až 6 dnů po menstruaci je muslimská žena osvobozena od rituální předepsané modlitby. Je to doba potřebná pro její „očistění“ a personál musí počítat s tím, že žena potřebuje právě v tomto období dostatek soukromí pro sebe.

Život zachraňující zákroky a eutanázie

Muslimské náboženství dovoluje lékařům používat všechny prostředky k záchraně života muslima či k prodloužení jeho života. Transfuze krve jsou povoleny, včetně transfuzí krve dárců neislámského přesvědčení. Na druhé straně neexistuje povinnost pokračovat ve výkonech za každou cenu a tím jen prodlužovat pacientovo utrpení, nikoliv kvalitní život. Je tedy možné v určitých případech odpojit přístroje udržující pacientovy základní životní funkce. Islám nedovoluje eutanázii a to jak pacientem vyžádanou aktivní eutanazii, tak asistovanou sebevraždu pacienta.

Péče o pacienty s AIDS

Islámské náboženství je proti homosexualitě. Lidé by měli předcházet onemocnění AIDS tím, že žijí takovým sexuálním životem, který je v souladu s Boží vůlí. Pokud člověk onemocní AIDS bez sexuálního kontaktu (např. po transfuzi krve) nepřestoupil náboženská ustanovení. Lékaři (i muslimskými) má být AIDS obecně pojímán jako kterákoli jiná chronická nemoc a měli by vynaložit všechno své úsilí, aby pacientovi pomohli. Současně je jejich povinností chránit se před nakažením a vést zdravotnickou osvětu pro veřejnost.

Obřady spojené s umíráním a péčí o zemřelého

Umírající muslimský pacient si zpravidla přeje, aby seděl nebo ležel s tváří obrácenou k Mekce. Je-li to možné, snažíme se otočit postel s umírajícím tímto směrem, což bývá s vděčností přijímáno. Přítomnost u lůžka umírajícího mohou vyžadovat jednak rodinní příslušníci, jednak stařešinové místní muslimské komunity, jednak duchovní. V případě muže - pacienta jim to umožníme, pokud ovšem to stav pacienta dovoluje. V případě ženy - pacientky

mohou mužští členové komunity a muž - duchovní přijít pouze tehdy, je-li to výslovné přání umírající ženy. Účelem přítomnosti rodiny a představitelů komunity je poskytování morální podpory umírající osobě, náboženské obřady týkající se života a smrti, včetně recitování pasáží z Koránu. Bývá zvykem, že příbuzný nebo některý významnější muslim šeptá do ucha umírající osoby výzvy k modlitbě. Jakmile nastane smrt, mělo by být tělo zemřelé osoby zahaleno a otočeno nohama směrem k Mekce. Existují zvláštní pravidla pro rituální mytí zemřelého a oblečení těla do rubáše. Náboženské zákony ukládají muslimům speciální přípravu těla na pohřbení. Jedině v případech, kdy muslim zemře a není možné navázat kontakt s rodinou či se členy muslimské komunity, mohou tyto obřady vykonávat nemuslimové - zdravotníci. Islám doporučuje, aby pohřeb byl uskutečněn co nejdříve, ale zakazuje pohřeb žehem - kremaci. Pokud chybí kontakt s rodinou či muslimskou komunitou, měli by se zdravotníci vyvarovat tohoto druhu pohřbu, i kdyby jej umírající osoba vyžadovala.

Stanovení okamžiku smrti a odběr orgánů pro transplantace

Tradiční definování smrti jako okamžiku, kdy srdce a plíce přestanou pracovat, dnes islám opouští. Pod vlivem nových medicínských technologií některé muslimské filozofické školy (a to jak sunnitské, tak šiitské) přijímají jako rozhodující kritérium smrt mozku. Ve speciálních případech lze pomocí přístrojů dál zachovávat tělo, aby bylo možné provést odběr orgánů. Transplantace je povolena, jde-li o dar od živého dárce jiné živé osobě. Z islámského hlediska transplantace orgánu z mrtvého těla živému jedinci není přípustná, pokud není souhlas dárce ještě za jeho života. Souhlas rodiny zemřelého je rovněž žádoucí. Je tedy nutné pozůstalým důkladně vysvětlit důvody pro odběr orgánů a způsob použití orgánů při transplantaci.

Pitva

Pitva je zakázaná, neboť mrtvé tělo nepatří zemřelému, ani pozůstalým ani společnosti, nýbrž Alláhu.

Islám dovoluje pitvy, jejichž cílem je přesněji určit příčinu smrti, pokud to zákony dané země předepisují. Je však třeba pozůstalým srozumitelně vysvětlit důvody, pro které je třeba tělo zemřelého pitvat. Po ukončení pitvy se zahajuje rituální příprava těla na pohřbení. Zdravotníci musí být připraveni na situace, kdy si pozůstalí přejí, aby tělo zemřelého bylo převezeno k pohřbení do jiného státu, do vlasti zemřelého. Dodejme, že jsou v principu též dovoleny pitvy, které slouží pro účely lékařského výzkumu či pro výuku mediků.

Speciální léčebné a preventivní metody

Snad žádné náboženství nevěnovalo tolik pozornosti dodržování hygienických zásad jako islám. Podle koránu jde zbožnost ruku v ruce s čistotou. Každé modlitbě musí předcházet omývání. Před vstupem do mešity si věřící umývají nohy.

Islám přikazuje pravidelné a časté čištění zubů, k čemuž se používalo a dosud v určitých arabských oblastech se používá kořene rostliny msuak. Zdá se, že moderní stomatologie potvrzuje účinnost tohoto způsobu.

Dalším islámským příkazem je střídmost v jídle a půst během ramadánu, který trvá jeden měsíc, kdy muslim nesmí nic pít a jíst od východu do západu slunce. V této době může muslim odmítnat perorálně podané léky, zejména ty, které se užívají dlouhodobě. Parenterální léčba a místně aplikovaných léků se tento zákaz netýká.

Islám doporučuje jíst med k léčbě a prevenci různých nemocí. Datle jsou jmenovány jako vhodná strava pro ženy po porodu.

Universálním islámským lékem jsou tzv. "černá zrna", semena černuchy, která jsou dle lidového rčení lékem na všechno kromě smrti. (Lorenzová, Mareš, Měrka, 1999, s. 9-15)

3.4.2.6. Buddhismus

Buddhisté se podle svojí doktríny vyhýbají extrémům, což se vztahuje také na užívání léků, transfuzi krve a vakcinaci. Buddhismus neodpouští odnětí života v jakékoliv formě, ale pokud se nemocný už nemůže uzdravit a nemůže se dále usilovat směrem k osvícení, může být daný souhlas k eutanázii. Také za jistých okolností se připouští potrat. Buddhisti uznávají

počívání do země i kremaci. Při lůžku zemřelého se často vykonávají náboženské zpěvy posledního rozloučení. Čistotnost je velmi důležitá.

Všeobecně buddhisti nemají žádné stravovací restriktce, ale příslušníci některých sekt jsou přísní vegetariáni. Mnozí buddhisté nekouří, nepijí alkohol a ne užívají drogy. Buddhisté mají své svátky. Buddhistických pacientů je třeba se zeptat, zda si v tyto dny přejí vykonání různých testů anebo léčebných postupů. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 780)

3.4.3. Duchovní zdraví a ošetrovatelský proces

3.4.3.1. Posuzování - sesterská anamnéza

Sestra může získat údaje o duchovních přesvědčeních pacienta jako součást celkové anamnézy. Často se tyto informace týkají jenom pacientovi příslušnosti k církvi. Nikdy bychom neměli předpokládat, že pacient bude dodržovat všechny praktiky jeho církve.

Stoll navrhuje průvodce duchovní anamnézou na získání informací v čtyřech oblastech: a) pacientova koncepce Boha či božstva, b) jeho zdroj naděje a sil, c) pro něho významné religiózní praktiky a rituály, d) vztah mezi jeho zdravotním stavem a individuálními duchovními přesvědčeními. Stoll dále upozorňuje, že všichni lidé mají právo o nich nemluvit nebo je neodkrývat druhým. Hodnocení duchovních stanovisek můžeme nejlépe vykonat na konci celkového posuzovacího procesu nebo po psychosociálním posouzení jedince, když si již sestra vytvořila vztah s pacientem a jeho příbuznými a má pocit, že je už vhodné diskutovat také o duchovních věcech.

Může při tom používat tyto otázky:

- Máte nějaké osobité náboženské praktiky, které jsou pro vás významné? Pokud ano, můžete mi o nich něco povědět?
- Naruší pobyt v tomto zařízení vaše náboženské povinnosti?
- Domníváte se, že víra je pro vás pomocí? Jaký smysl a význam má pro vás víra teď?
- Jakým způsobem by sem vám mohla pomoc ve vaší víře? Chcete, abych vám například předčítala z vaší náboženské knihy?
- Přejete si návštěvu vašeho duchovního nebo nemocničního kaplana?
- Co je pro vás nyní zdrojem síly a naděje?

Klinické posuzování

Duchovní tíseň může být odhalena jedním či více způsoby:

1. *Projevy a postoje.* Jeví se pacient osamělý, deprimovaný, zlostný, úzkostný, agitovaný, apatický či duchem nepřítomný?
2. *Chování.* Modlí se pacient před jídlem nebo v jiném čase? Čte náboženskou literaturu? Často ponocuje, požaduje neobvykle velké dávky sedativ, bloudí v noci po chodbách, nevhodně žertuje, má noční můry či poruchy spánku, před knězem nebo zástupcem náboženské obce vyjadřuje hněv?
3. *Verbalizace.* Vzpomíná pacient na Boha, modlitbu, víru, církve či jiné náboženské otázky? Dožaduje se návštěvy duchovního? Vyjadřuje strach ze smrti, zajímá se o smysl života, projevuje vnitřní konflikt v náboženských názorech, stará se o svůj vztah k božským věcem, ptá se na význam existence, význam utrpení nebo na morálně-etické záležitosti léčby?
4. *Mezilidské vztahy.* Kdo pacienta navštěvuje? Jak reaguje na návštěvy? Přichází také duchovní? Jaký má vztah k spolupacientům a zdravotnickému personálu?
5. *Prostředí.* Má pacient u sebe Bibli, modlitební knížku, náboženskou literaturu, religiózní přívěšky, růženec nebo přání brzkého uzdravení s náboženským obsahem? Posílá mu jeho církve květy či církevní periodika?

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 783-784)

3.4.3.2. Ošetřovatelská diagnostika

Sesterskou diagnózou vztahující se k problému duchovnosti je *duchovní tíseň*. Definovaná jako „narušení životního principu, který proniká celou lidskou bytostí a integruje a transcenduje biologickou a psychologickou podstatu jedince“ nebo jako „stav, při kterém má jedinec reálně nebo potencionálně narušenou víru v systému hodnot, které mu poskytují sílu, naději a smysl života“.

O'Brien subkategorizuje duchovní tíseň takto:

- Duchovní *bolest* - těžkosti při smíření se ztrátou milované osoby nebo velké utrpení (fyzické či emocionální).
- Duchovní *odcizení* - odčlenění se od náboženské společnosti.
- Duchovní *úzkost* - pochybnosti o názorech či hodnotovém systému (např. morálně - etická podstata léčby, jako jsou potraty, transfuze krve, chirurgické zákroky apod.).
- Duchovní *vina* - selhání ve věrnosti náboženským pravidlům.
- Duchovní *hněv* - problémy s akceptováním choroby nebo utrpení.
- Duchovní *ztráta* - problémy a nacházením pohody v náboženství.
- Duchovní *zoufalství* - pocit nezájmu o vlastní osobu.

Carpenito uvádí následující etiologii, tj. přispívající faktory k NANDA diagnóze *duchovní tíseň*.

Duchovní tíseň ve vztahu k:

- Krizi zapříčiněnou chorobou/utrpením/smrtí (např. nevyléčitelná choroba, znehybňující choroba, chronická bolest, smrt či onemocnění jiné významné osoby).
- Neschopnost zúčastňovat se na religiózních obřadech.
- Konflikt mezi náboženskými či duchovními názory a předepsaným léčebným režimem (např. transfuze krve, dietní omezení, amputace či užívání léků).

Duchovní tíseň může mít svůj původ také v jiných diagnózách. Jsou to například poruchy spánku, beznaděj, bezmocnost, narušená sebeúcta, narušená adaptabilita, nedostatečné se vyrovnávání se jedince a dysfunkční smutek. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 784)

3.4.3.3. Plánování

Sesterské zásahy jsou zaměřené na pomoc pacientovi dosáhnout všeobecné cíle duchovní síly, vyrovnanosti a zadostiučinění.

Plánování ve vztahu k duchovní tísní by mělo pomoci pacientovi alespoň v jedné z těchto potřeb:

- Plnit náboženské povinnosti.
- Mobilizovat a efektivněji využívat vnitřní zdroje na zvládnutí současné situace.
- Udržet si či založit dynamický osobní vztah s nejvyšší bytostí, a tak čelit nepřijemným okolnostem.
- Najít smysl svojí existence i současné situace.
- Vzbudit pocit naděje.
- Obstarat jinak nedosažitelné duchovní zdroje.

Někdy se pacienti přímo dožadují návštěvy nemocničního kaplana či duchovního jejich vlastní církve. Jiní se mohou se svými starostmi svěřit sestře a ptají se na její názory, pokud v ní najdou zainteresovaného posluchače. Někteří lidé se ostýchají požádat o duchovní radu, ale mohou mít na tyto záležitosti narážky ve výrocích, jako „Rád bych věděl, co se mnou bude po smrti?“ nebo „Chodíte do kostela?“.

Kterýkoliv pacient či jeho příbuzní mohou žádat duchovní podporu. Pacient tváří v tvář smrti ji může přijmout, ale rodina nebo blízcí mohou být proti. Příbuzní jsou však často za duchovní podporu sestře či knězovi velmi vděční. Pomáhaje jim vlastně nepřímo pomáháme pacientovi. Duchovní podporu si obvykle přejí:

- Pacienti, kteří se zdají být osamělí a navštěvuje jich jen málo lidí.
- Pacienti vyjadřující strach a úzkost.
- Pacienti před operací.
- Pacienti, jejichž onemocnění souvisí s emocemi nebo má religiózní či sociální důsledky.
- Pacienti, kteří následkem choroby či úrazu musí změnit způsob života.
- Pacienti zamýšlející se nad jejich náboženstvím a zdravím.
- Pacienti, které nemůže duchovní navštívit.

Před obstaráním pomoci se sestra musí pacienta zeptat na jeho přání. Někteří jsou bez vyznání a mohou se rozzlobit, pokud jim sestra zařídí návštěvu kaplana. Sestra musí respektovat přání pacienta a nedělat úsudky o tom, co je dobré a co je zlé, správné a nesprávné.

V plánování musí být zahrnuta i výsledná kritéria, např.:

- Pacient vyjadřuje spokojenost se svým vyznáním.
- Pacient pokračuje v spirituálních obřadech přiměřeně zdravotnímu stavu.
- Pacient vyjadřuje zmenšující se pocit viny.
- Pacient projevuje souhlas s morálním rozhodnutím.
- Pacient má pozitivní cítění.
- Pacient vyjadřuje objev pozitivního významu v současné situaci i ve vlastní existenci.
- Pacient verbalizuje úlevu nebo přijetí utrpení.
- Pacient přestává obviňovat transcendentně, sebe samého a jiných.
- Pacient mluví o svém přiblížení se Bohu.
- Pacient prožívá pocit odpuštění.

(Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, s. 784-785)

3.4.3.4. Realizace

Po diagnostikování duchovní tísně a naplánování specifických postupů je sestra připravená uvést plány do praxe. Aby byly efektivní, sestra by si sama měla prověřit a ujasnit svoje vlastní duchovní hodnoty a názory. Sestra, která se necítí dobře při duchovní pomoci pacientovi (např. předčítání náboženské literatury nebo společná modlitba na požádání pacienta), by to měla dát taktně najevo a zabezpečit za sebe náhradu. Důležité je respektovat vyznání pacienta a udržovat s ním podporující vztah. Pro sestru je také důležité, aby za těchto okolností neměla sama pocit viny.

Na snížení duchovní tísně by měla sestra zaměřit pozornost nejdřív na vnímání duchovní potřeby pacienta než na náboženské obřady či úkony pacientovi církve. Individuální duchovní přesvědčení může být u příslušníků stejné církve velmi variabilní. Lidé vstupují do religiózních skupin z různých důvodů (např. najít si místo uctívání, najít si cestu pro sociální činnost, jako je pomoc chudým či bezdomovcům, získání si přátel pro společně strávený čas, najít si místo pro významné životní události). Podobně by si sestra neměla myslet, že pacient nemá žádné duchovní potřeby jen proto, že má v chorobopise uvedené, že je bez vyznání.

Aby se péče dále individualizovala, sestra musí zjistit, jaký význam přikládá pacient dané situaci. To může ovlivnit reakci pacienta na onemocnění, ale také zabránit sestře v činnosti při poskytování posily, naděje a odvahy. Například osoba, která je přesvědčená, že onemocnění je trestem od Boha, se může cítit úplně bezmocná a mít jen malý zájem o léčbu.

Když se pacienti orientují v zdravotnickém zařízení, sestra jim poskytne informace o nemocničních službách i takových, které mohou uspokojit jejich duchovní potřeby, a zařídí

účast pacienta na nich, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Velké nemocnice zaměstnávají obvykle na plný úvazek kaplany, kteří v duchovní sféře poskytují pomoc pacientům, jejich příbuzným, blízkým i zdravotnickým pracovníkům. V menších nemocnicích, bez takovýchto služeb, zařízením vypomáhá obvykle místní církevní komunita. V mnohých zdravotnických zařízeních jsou seznamy duchovních, které je možné v případě potřeby zavolat.

Některé zdravotnická zařízení mají vlastní prostory pro výkon náboženských obřadů pro pacienty, jako také pro potřebný personál. Většina nemocnic má také osobitě „tiché“ místnosti, které je možné používat na meditaci, duchovní radu, případně také na bohoslužby. Někdy si pacient přeje přijmout kaplana v tiché privátní místnosti, zejména pokud je umístěn na více lůžkové pokoji. Nemocnice může poskytovat všeobecné bohoslužby nebo bohoslužby jednotlivých církví. Pokud pacient projeví přání zúčastnit se na bohoslužbě, sestra musí zorganizovat péči o něho tak, aby se mu jeho přání splnilo, tak jak jeho zdravotní stav dovolí.

Sestra někdy upozoruje vznik konfliktu mezi náboženskými názory pacienta a jeho medicínskou léčbou. V tomto případě zprostředkuje rozhovor pacienta s lékařem se záměrem najít alternativní způsoby léčby. Sestra však obhajuje právo svobodného rozhodnutí se pacienta po jeho předcházejícím poučení. Pokud se názory sestry a pacienta dostanou do konfliktu, sestra o tom uvědomí vrchní sestru a příslušného duchovního. Podle možností je třeba usilovat, aby se o pacienta starala sestra s podobnými názory. Sestra může také prodiskutovat svoje pocity s jinými zdravotnickými pracovníky, např. s kolektivem sester na oddělení. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 785-786)

3.4.3.5. Vyhodnocení

Na vyhodnocení, zda pacient dosáhl cíle stanovené ve fázi plánování, sestra shromažďuje údaje týkající se určitých výsledných kritérií. Proto je důležitý vztah na bázi pomoci, dobré pozorovací schopnosti a komunikace. Sestra musí pozorovat pacienta, když je o samotě i v interakci s jinými, a musí si všimat, co pacient říká, případně naznačuje. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 786)

3.5. Informace o současné situaci v ČR

3.5.1. Národnostní menšiny v ČR

Národnostní menšiny představují prapůvodní společenský jev téměř každého národa, tj. majoritního či mateřského národa ve státě.

Národnostní menšina je tudíž minoritní etnická skupina osob, která je na rozdíl od ostatního obyvatelstva státu početně menší, nezaujímá vedoucí postavení a její příslušníci – občané tohoto státu vykazují v etnickém, kulturním, náboženském nebo jazykovém ohledu znaky, které je odlišují od ostatního obyvatelstva. Nicméně národnostní menšiny zároveň vykazují výraznou sounáležitost, umožňující zachování vlastní kultury, tradic, náboženství a vlastního jazyka (podle Komise pro lidská práva OSN z r. 1951).

V České republice je směrodatným dokumentem Koncept přístupu vlády k otázkám národnostních menšin v ČR z r. 1994. U nás se dělí národnostní menšiny podle počtu příslušníků na tři kategorie: v první překračuje počet 10% obyvatelstva ve státě, v druhé se pohybuje mezi 3% až 10% a ve třetí nepřevyšuje 3% populace ve státě. Právě do této třetí skupiny patří všechny národnostní menšiny v České republice. Jsou jimi Slováci, Romové, Poláci, Němci, Rusové, Ukrajinci, Vietnamci a další. Z toho vyplývá, že ČR je státem silně národnostně heterogenním a byla jím už při založení České republiky v roce 1918. Tehdy patřili dokonce Němci a Slováci k většinovému obyvatelstvu. Zásadní změny nastaly až po druhé světové válce, tj. po roce 1945, kdy byla ze země odsunuta většina Němců a rovněž po roce 1993, kdy došlo k rozdělení federativního státu a byly vytvořeny dva samostatné státní celky – Česká republika a Slovenská republika.

Politické složení obyvatel je velmi důležitým rysem a činitelem v kultuře a to zejména v Evropě. Specifickým rysem je zvláště tzv. etnické sousedství, tzn. z jakých národnostních skupin a složek národa je vytvořen. V českých zemích se na etnickém složení podíleli např. Němci a Poláci. (Wolf, 2000, s. 104-106)

Při sčítání obyvatelstva ke dni 3.3.1991 bylo zjištěno, že na území České republiky žilo celkem 10 302 000 obyvatel, z nichž 94,8% tvořili Češi a 5,2% byli občané jiných etnik. Při tomto sčítání deklarovali občané ČR příslušnost k téměř 20 národnostem. Protože toto sčítání se konalo v tehdejší nestabilizované politické situaci, odrazilo se to ve zkreslených datech : Především k romské národnosti se přihlásilo jen 32 903 osob, k židovské národnosti jen 218 osob atd.

A. Sulitka (1998), pracovník *Rady pro národnosti vlády ČR*, podal nedávno charakteristiku hlavních etnických minorit, jejich lokalit a organizací. Popisuje těchto 11 „národnostních menšin“ (mezi nimiž nejsou uváděni Romové): Bulhaři, Chorvati, Maďaři, Němci, Poláci, Rusíni, Rusové, Řekové, Slováci, Ukrajinci, Vietnamci.

Samozřejmě rozdílnost těchto minorit je velmi rozdílná: Nejmenší skupiny představují Bulhaři, Chorvati, Rusíni, Řekové – dohromady jen několik tisíc obyvatel; naopak nejpočetnější minority jsou Slováci a Romové. Celkově se dá na základě dat z roku 1991 zhruba odhadnout, že vedle Čechů žije v republice asi 550 000 – 700 000 obyvatel nečeských etnik. Spolu s nově přichozími cizinci (včetně těch, kteří pobývají na území nelegálně) je to asi o 100 000 více.

Slováci představují v České republice nejpočetnější národnostní menšinu – podle oficiálního sčítání (1991) je to asi 315 000 obyvatel (podle kvalifikovaných odhadů je ale tento počet vyšší). Z historických důvodů a vzhledem k jazykové a kulturní blízkosti nejsou ze strany české populace vnímáni jako „cizinci“ a také nedochází k nějakým etnickým konfliktům mezi Čechy a Slováky v České republice. Je také charakteristické, že slovenské etnikum se vyznačuje vysokou mírou heterogamie, tj. až 70% českých Slováků uzavírá smíšená manželství s Čechy. Soužití slovenské minority s majoritní českou společností je tedy bezproblémové a navíc je i v z mezinárodního hlediska příkladem vzájemně se obohacující kulturní koexistence.

Zatímco vztahy mezi Slováky a českou populací v České republice nejsou narušovány etnickým napětím, či dokonce konflikty, v případě početné **romské** minority (podle různých odhadů 250 000 – 300 000) tomu tak není.

Současná etnická struktura populace v České republice je však ještě pestřejší. **Cizinců** (mimo Slováků) s legálním pobytem je oficiálně udáváno 55 844 (stav k červnu 2000); počet nelegálně se zdržujících cizinců na území ČR není zjištěn, avšak odhaduje se na zhruba stejný počet. Z cizinců jsou to především:

- V zemi žije kulturně a rasově odlišná komunita **Vietnamců**, jejichž počet je odhadován na 20 000 – 30 000 osob.
- Je zde několik desítek tisíc **Ukrajinců**, převážně stavebních dělníků, z části s nelegalizovaným pobytem.
- Dále u nás žije nezjištěný počet **Rusů**, převážně podnikatelů a jejich zaměstnanců, zejména v Praze a v Karlových Varech.
- V České republice pobývá dlouhodobě pestrá směsice dalších cizinců – **Němci, Američané, Irové, Italové** aj. – převážně obchodníci, učitelé jazyků, žurnalisté.
- Po roce 1993 přesídlilo do České republiky přes 1 000 **krajanů z Kazachstánu, Ukrajiny a Rumunska**, kteří žijí rozptýleně v různých oblastech.
- V jižní Moravě - např. v okolí Znojma žije také skupina **Mongolů**.

Kromě toho jsou v České republice ještě **cizinci-uprchlíci**. Jsou to cizinci chránění mezinárodním právem, z nich většina se nachází v humanitních střediscích Ministerstva vnitra ČR. V letech 1990 – 1998 prošlo uprchlickými tábory přes 14 000 těchto osob. Jejich počet se

ještě zvýšil v důsledku války v Jugoslávii v roce 1999 a jiných konfliktů. Část osob jsou lidé zadrženi při nelegálním přechodu hranic České republiky, zejména do Německa nebo odtud k navrácení. (Průcha, 2001, s. 122-124)

3.5.2. Etnické klima v české společnosti

Termín „etnické klima“ u nás zavedl sociolog I. Gabal (1999) a vyjadřuje jím *postoje a představy české společnosti o soužití s etnicky odlišnými komunitami*. Empirická zjištění o tomto etnickém klimatu pocházejí z výsledků sociologických výzkumů prováděných v letech 1994-1996 I. Gabalem. Hlavními otázkami a aspekty etnického klimatu jsou:

- a) Vážnost a naléhavost etnických problémů a vztahů, tj. do jaké míry jsou etnické problémy závažné pro českou populaci.
- b) Postoje české populace k otevírání ČR cizincům, k imigraci a k národnostním a etnickým skupinám.
- c) Pohled majoritní populace na soužití s romskou menšinou.
- d) Etnické postoje české společnosti ve vztahu k bezpečnostním problémům ČR (extrémistická hnutí aj.).

Data, která jsou k těmto otázkám prezentována, odrážejí pouze názory majoritní populace ve vztahu k minoritám, ale nevypovídají o názorech a postojích menšin ve vztahu k majoritní společnosti.

Údaje o postojích české populace k rostoucímu počtu cizinců přicházejících do ČR nebo v zemi žijících svědčí o následujícím:

- Celkově zesiluje *odmítavé stanovisko k cizincům*: Příliv cizinců do země hodnotilo nepříznivě 77 % respondentů v roce 1994, kdežto v roce 1996 již 81 % respondentů.
- *Výhrady* vůči cizincům pramení hlavně z názoru, že cizinci se významně podílejí na enormním růstu kriminality po roce 1990 a přispívají tak k poklesu bezpečnosti v zemi. Silné jsou rovněž obavy z negativních ekonomických vlivů cizinců (činnost mafií, podvody, praní špinavých peněz aj.)
- Postoje české společnosti jsou však *diferencovány* – vzhledem k jejich národnosti či rase. Např. pokud jde o přijatelnost nebo nepřijatelnost sousedství, dotázaným osobám by nejméně vadilo žít vedle Slováků, Francouzů, Židů a jiných, více by jim vadilo sousedství Rusů, Ukrajinců, Asiatů (Vietnamci, Číňané) a Arabů a nejvíce by jim vadilo sousedství Romů (téměř 90% respondentů).
- Většina dotazované české populace dává přednost tomu, že by si cizinci a etnické skupiny měli *přizpůsobovat* našim zvyklostem. Projevuje se tak spíše příklon k podpoře asimilace nečeské populace než ke kulturní pluralitě.

Tato a další data interpretuje Gabal (1999) na mnoha místech jako **výraz údajné xenofobie, kulturní uzavřenosti Čechů, kulturní sebestřednosti** aj. Etnické klima v české společnosti charakterizuje jako xenofobii, restriktivní a utilitaristické, naplněné emocemi, úzkostí a kulturní uzavřeností.

Pokud by tato tvrzení odpovídala skutečnosti, muselo by to být s multikulturní orientací české společnosti vskutku závažné. Naštěstí nelze uvedené interpretace chápat jako vědecky zcela opodstatněné. Mají totiž metodologický nedostatek: Vycházejí pouze z dat kvantitativního šetření, jen z několika položek strukturovaného dotazníku a neopírají se o zjištění z aplikace kvalitativního výzkumu. Ten by totiž mohl objasnit příčiny stojící za odpověďmi respondentů, např. proč vadí mnoha Čechům sousedství lidí některých ras, kdežto sousedství a spoužití s jinými nikoliv atd. Vyvozovat, ale ze stávajících dotazníkových dat tak dalekosáhlé závěry

o xenofobii Čechů či o jejich izolacionalismu, uzavřenosti, nepřátelství vůči jiným etnikům apod. je velmi unáhlené a vědecky nezodpovědné.

O tom, jaké je skutečné etnické klima v současné české společnosti, nejsou k dispozici dostatečně věrohodné a vědecky fundované nálezy. Existují však některé výzkumné sondy, jež nepotvrzují pochmurný obraz o xenofobních či rasistických Čechích, jak je podává I. Gabal (1999). (Průcha, 2001, s. 125-127).

V měsíci dubnu až červnu 1997 se uskutečnila první etapa projektu „Výchova k toleranci a proti rasismu na pražských školách“. Cílem tohoto projektu bylo přispět k multikulturní výchově a k výchově k toleranci pražských dětí a mládeže. Cílovou skupinou byli žáci osmých a devátých tříd základních škol a studenti středních škol, projekt realizovaly Občanské sdružení R-Mosty a České centrum pro vyjednávání a řešení konfliktu.

Žáci psali esej o rasismu na témata:

1. Popiš svoje setkání s někým, kdo je odlišné rasy než ty sám.
2. pokud jsi se s někým podobným nesetkal, napiš, co si myslíš o lidech jiné rasy.
3. Co si myslíš o lidech různých ras, kteří v naší zemi žijí nebo do ní přicházejí, a o nové se tvořící multikulturní společnosti.

Bylo analyzováno 800 prací a tyto práce byly rozděleny do tří základních skupin:

První skupina – „rasistická“ – práce, ve kterých se objevuje jednoznačně rasistické smýšlení žáků, které bez výjimky zatracují příslušníky jiných ras, demonstruje k nim nenávisť, navrhuje agresivní řešení apod. Těchto prací bylo 60.

Druhá skupina – „protirasistická“ – práce ve kterých žáci projevují jednoznačný nebo téměř jednoznačný odsudek rasismu, otevřenost vůči multikulturní společnosti, práce, v nichž pisatelé vyznávají rovnost lidí a za jedinou případnou podmínku soužití ras a národů označují „slušné chování“ či dodržování zákonů, a to pro všechny. Těchto prací bylo 460.

Třetí skupina – „nevyhraněná“ (xenofobní) – práce, které nelze zařadit ani do jedné z výše uvedených skupin, práce zahrnující širokou škálu názorů od téměř protirasistických až po názory do určité míry rasistické, pro něž je charakteristický xenofobní postoj. Typická jsou slova „nejsem rasista, ale ...“. (Většinou jde o výpady proti Romům, jejich pisatelé jsou zhusta poznamenáni špatnou osobní zkušeností s nimi.) Těchto prací bylo 265.

Obecně je možné konstatovat, že 800 žáků osmých a devátých tříd, se většinou nějakou formou vyjádřilo o rasismu. Na druhé straně je dobré si uvědomit, že mnozí nevěděli přesně, co pojem rasismus znamená., a téměř všichni intuitivně používali pojem rasa v pejorativním významu. Jiná rasa pro ně jsou Romové (častěji Cikáni), Ukrajinci, Rusové, Rumuni, Vietnamci (někdy Japonci), Číňané. Pokud se (velmi zřídka) někdo zmiňuje o Němcích, je už zřejmé, že jde o vztah k příslušníkům jiného národa, ne rasy. Výjimku tvoří černoši, kteří jsou obecně oblíbení až zbožňováni, a Židé, které uvádějí žáci i v rasistických pracích pouze výjimečně „do počtu“ a kteří se podobně ojediněle vyskytují i v jiných skupinách.

Pokud se u těchto dětí objevuje rasismus, pak jde (jako v celé naší společnosti) spíše o xenofobii, projevující se strachem z cizinců, z toho, že ovládnou naši zemi apod. (Svobodová, 1998, s. 131-133)

T. Šišková (1998) provedla na souboru 375 studentů pražských středních škol obdobný výzkum jako A. Svobodová (1998). Aplikovala stejnou metodu jako A. Svobodová, tj. vypracování esejů na zadaná tři témata.

Rozdílly podle výsledků:

- Kladný postoj – 275 osob, tj. 73,3%
- Záporný postoj – 38 osob, tj. 10,2%
- Jak kladný, tak záporný postoj – 62 osob, tj. 16,5 %

Tato studie přináší názory náhodně vybraných středoškoláků k příslušníkům národnostních minorit a přistěhovalců žijících na území České republiky na konci 90. let. Výsledky ukazují, že studenti vykazují mnohem pozitivnější postoje k minoritám a cizincům žijícím na našem území, než má celá populace, ale přesto je i zde obrázek mnohdy neradostný. (Šišková, 1998, s. 147-155)

3.5.3. Zdravotní péče o cizince v ČR

Data o cizincích, uvedená v této kapitole, jsou získána z povinných hlášení a výkazu o čerpání zdravotní péče cizinci, které jsou v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) zpracovány v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Tato data jsou doplněna informací z Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) o čerpání smluvního zdravotního pojištění cizinci od VZP ČR. Uvedené údaje za zdravotnictví dávají pouze neucelenou informaci o čerpání zdravotní péče cizinci a o jejich zdravotním stavu v ČR.

Počty osob čerpající smluvní zdravotní pojištění zahrnují převážně manželky a děti cizinců s trvalým pobytem na našem území. Ti mají většinou s VZP uzavřené všeobecné zdravotní pojištění, které za ně hradí zaměstnavatel. Nejvíce cizinců čerpalo smluvní zdravotní pojištění od VZP ČR z Vietnamu (26%), Ukrajiny (23,7%) a Ruska (11,6%).

Údaje o čerpání zdravotní péče cizinci se sledují na ročním výkaze V(MZ) 1-01, který vyplňují pouze nemocnice. Jde o cizince, kteří hradí zdravotní péči ze smluvního zdravotního pojištění, pojištění uzavřeného v zahraničí, hotově nebo je zdravotní péče hrazena státními orgány (Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem vnitra, Ministerstvem spravedlnosti, OÚ apod.). Zároveň jsou v počtu cizinců uvedeni i utečenci, kteří jsou ubytováni v utečeneckých táborech, kdy zdravotní péče je hrazena Ministerstvem vnitra. Ve výkazu nejsou uvedeni cizinci s dlouhodobým pobytem, kteří čerpají zdravotní péči z všeobecného zdravotního pojištění. Data jsou uvedena za Českou republiku a jednotlivé kraje pouze za nemocnice resortu zdravotnictví.

V České republice byla v nemocnicích nejčastěji poskytnuta zdravotní péče osobám z Ukrajiny (17,8 %), Vietnamu (14,3 %), Slovenska (11 %) a z bývalých zemí SSSR (9,4 %). Ze zemí EU vyhledali nejčastěji zdravotní péči občané Německa (8,6 %). Ve všech uvedených případech nejvíce cizinců bylo ve věkové skupině 20 až 59 let a převažující způsob úhrady zdravotní péče byl v hotovosti kromě cizinců z Vietnamu, kde byla zdravotní péče převážně uhrazena ze smluvního zdravotního pojištění.

Z hlediska výše nákladů na poskytnutou zdravotní péči byly náklady nejvyšší u cizinců z Ukrajiny (17,2 %) a ze Slovenska (14,2 %). Ze zemí EU byli z hlediska celkové výše nákladů na zdravotní péči opět na prvním místě občané Německa (12,7 %). Z celkové výše nákladů na zdravotní péči bylo cizinci uhrazeno 66,7 % nákladů, z toho 41 % bylo uhrazeno v hotovosti. Neuhrazeno bylo 33,3 % nákladů na zdravotní péči, z toho náklady po lhůtě splatnosti představovaly 13,7 %.

Zdravotní péče byla cizincům z hlediska počtu osob nejčastěji poskytnuta v kraji Hl. m. Praha (45,8 %) a Středočeském kraji (8,2 %). Z hlediska výše nákladů byl na prvním místě opět kraj Hl. m. Praha (55,9 %) a na druhém místě Moravskoslezský kraj (6,6 %).

Počty osob čerpající zdravotní péči ze smluvního zdravotního pojištění uvedených na tomto výkaze se liší od dat od VZP ČR v tabulce o smluvním zdravotním pojištění cizinců v roce 2000. Důvodem je možnost čerpání tohoto pojištění cizinci ve více nemocnicích za sledované období.

Nejčastějším důvodem k hospitalizaci cizinců byly poranění a otravy, následovaly nemoci oběhové soustavy a nemoci trávicí soustavy. (<http://www.czso.cz>, 13.9. 2002)

3.6. Interpersonální komunikace s kulturním aspektem

Specifika komunikování

Jelikož je interpersonální komunikace prioritní pro navazování a udržování lidských vztahů, rozhodli jsme se jí věnovat poměrně značný prostor. Naším cílem není předložit kompletní informace o oblasti interpersonální komunikace, ale vybrali jsme jen ty, které jsou podstatné ve vztahu ke komunikaci s lidmi jiných kultur a ty, o kterých jsme přesvědčeni, že pomohou zdravotníkům zefektivnit komunikaci a měly by být tedy zahrnuty do vzdělávání.

3.6.1. Teoretický úvod do problematiky interpersonální komunikace

Hlavní prvky, které ovlivňují kvalitu interpersonální komunikace jsou:

- Komunikační dovednosti
- Kulturní vlivy
- Umění naslouchat
- Dovednost kriticky myslet
- Moc
- Etika

(J.A.DeVito,2001, s. 9-11)

Komunikační způsobilost

Komunikační způsobilost závisí na znalosti fungování komunikace a schopnosti jejího efektivního použití (Spitzberg,Cupach,1989. In J.A.DeVito,2001). Mimo jiné to znamená vědět, jak kontext komunikace může ovlivňovat obsah i formu sdělení. Např. určité téma použité v určitých souvislostech je pro komunikaci s určitými posluchači vhodné, jiné vhodné není. Součástí komunikační způsobilosti je také umění správně a vhodně používat i neverbální komunikační prostředky (např.přímý pohled do očí, fyzická blízkost, dotyky...).

Komunikační způsobilost je specifická pro danou kulturu! Zásady efektivní komunikace jsou u různých kultur různé. Co se u jedné osvědčuje jako efektivní, v jiné nefunguje.

Např. v americké kultuře je možno důležité např. obchodní záležitosti začít vyjednávat už po krátkém společenském úvodu. Japonci ale naproti tomu preferují dostatečně dlouhou společenskou konverzaci a k řešení problému přistupují až tehdy, když nabudou jednající pocit, že se už znají natolik, aby mohli začít jednat (J.A.DeVito,2001, s.22-24).

Např. v asijské kultuře se můžeme setkat s tím, že je třeba se při seznamování – navazování kontaktu - zajímat i o zdraví, osobní život a o rodinu toho, s kým komunikujeme, což například v naší kultuře by mohlo být považováno až za nevhodné vměšování se do soukromí, za neomalenost či netaktnost (př. Vietnámec, který chtěl rozvinout komunikaci s českou ženou, jí řekl: „...paní, vy jste tak pěkná, tlustá“. Reakce ženy byla ale pro něho šokující – slovně se ohradila a urazila se. Tím komunikace skončila. Přitom on neřekl, že je dotyčná obézní, tlustá, jak jsme toto sdělení zvyklí dekódovat my, ale chtěl jí tímto vyjádřit kompliment, jak velmi pěkně vypadá, že se jí jistě dobře žije – ve smyslu, že nestrádá hladem, bídou, že má všeho dostatek... Tento člověk vypověděl, že Vietnamci, když k nám přicházejí, se snaží a velmi rádi by komunikovali s majoritní společností, ale velmi rychle zjistí, že se zcela nečekaně a nechtěně dostávají do nepříjemných až konfliktních situací, protože komunikace v jejich kultuře se odvíjí od zcela jiných společenských pravidel, než je tomu v České republice a proto se pak raději o další kontakty moc nesnaží.

Podobná nečekaná překvapení můžeme zažít ale také například při komunikaci s Rómy, kteří žijí spíše svým tradičním způsobem života, příp. neovládají dobře český jazyk, příp. pocházejí

z velmi nuzných sociálních poměrů. Např. Milena Hübschmannová popisuje situaci ve Slovenské škole, kdy učitelka požádala rómského chlapce - prvňáčka, aby pootevřel dveře. On šel a dveře zcela otevřel. Učitelka ho poslala zpět, aby udělal to, co řekla - aby dveře pootevřel. Chlapec tedy šel a dveře zavřel. Učitelka tuto situaci vyhodnotila jako chlapcovu nesoustředěnost, neposlušnost, předvádění se. Vůbec netušila, že toto dítě, které pocházelo z velmi nuzných podmínek, význam pojmu pootevřít dveře nezná. U nich vhod do obydlí uzavírala plachta, která se zavazovala. U nich nebylo možné pootevřít – dalo se jen zcela otevřít – odhrnout plachtu a nebo zavřít – zatáhnout a upevnit (zavázat) plachtu. Teprve na základě zásahu pozorovatele, který byl schopen celou situaci správně dekodovat, došlo k objasnění situace a vyřešení vznikající konfliktní situace, kterou by malý prvňáček sám nezvládl a jistě by pocítil, co znamená moc v komunikaci, která byla na straně učitelky. Z této situace by vyšel pravděpodobně s pocitem nespravedlnosti, které se jeho paní učitelka vůči němu dopustila, bezdůvodného ponížení i příp. trestu. Učitelka naproti tomu by v sobě opět upevnila pocit, že „tyto rómské děti jsou neposlušné, nezvladatelné, neschopné se podřít autoritě...“


Rómové stejně jako některé další kultury, nepoužívají v komunikaci tak často, jako naše kultura, prošení a děkování. Z toho by se snadno dalo odvodit, že jsou nedostatečně vychovaní, že se neumějí chovat, nejsou uctiví... Není to pravda – oni jsou zcela běžně zvyklí se o vše dělit s ostatními podle zásady: „čeho dopřál Pan Bůh mě, měj i ty.“ Těmto atributům komunikace tedy nepřikládají žádný podstatný význam.

Snad těchto několik příkladů dostatečně názorně ukázalo, jak velmi snadné je dostat se do situace komunikační nezpůsobilosti, nekompetentnosti.

Etnocentrismus

Etnocentrismus je jedním z problémů, které brání kulturnímu uvědomění a citlivosti. Znamená „tendenci vidět druhé a jejich chování skrze vlastní kulturní filtry, často jako zkrácení našeho vlastního chování. Je to snaha pohlížet na uznávané hodnoty a přesvědčení vlastní kultury pozitivněji než na tytéž součásti cizích kultur“ (De Vito, J.A., 2001, s.36-37).

Etnocentrické tendence se projevují v chování a komunikaci lidí. Následující tabulka ukazuje intenzitu etnocentrismu ve vztahu ke komunikační vzdálenosti a kvalitě i kvantitě komunikace.

Stupeň etnocentrismu	Komunikační vzdálenost	Komunikace
NÍZKÝ  VYSOKÝ	rovnost	Jedná s druhými jako se sobě rovnými. Odlišnosti považuje za rovnocenné svým vlastním hodnotám
	citlivost	Má zájem na snižování odstupu mezi sebou a druhými
	lhostejnost	Postrádá zájem o druhé. Dává přednost komunikaci ve světě sobě podobných.
	vyhýbání	Vyhýbá se a omezuje komunikaci (zejména intimní) s kulturně odlišnými lidmi.
	znevažování	Chová se nepřátelsky, podceňuje druhé, znevažuje, devaluje... Odlišné kultury a způsoby chování považuje za podřadnější než vlastní.

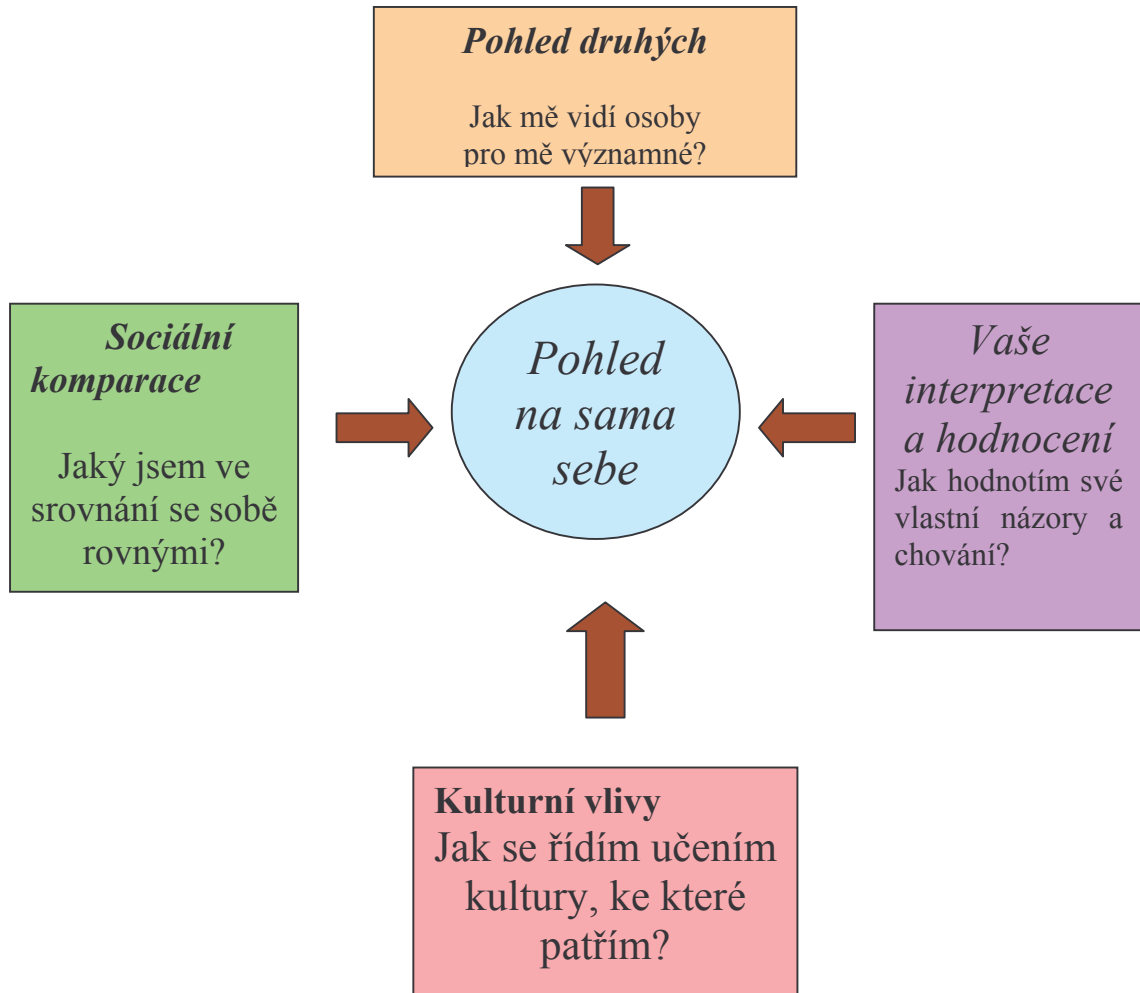
(J.A.DeVito, 2001, s.37)

Etnocentrismus existuje jako kontinuita. Lidé jsou i nejsou etnocentričtí, všichni se pohybujeme někde mezi těmito extrémními limity.

Sebepojetí a komunikace

Nejdůležitější součástí každé komunikace jste vy sami. Kdo jste a jak se díváte sami na sebe má rozhodující vliv na způsob, kterým komunikujete a kterým reagujete na druhé.

Zdroje pohledu na sama sebe



Prostřednictvím rodičů, učitelů a médií jsou nám vštěpovány názory, hodnoty a postoje (například o úspěchu). Zvláště důležité v tomto směru jsou **zvyklosti týkající se role pohlaví**, které určují vzory jednání muže a ženy. Existuje velmi populární klasifikace kultur podle hlediska převládání mužského nebo ženského prvku (Hofstede, 1996).

Ve velmi „mužské“ kultuře se muži považují za asertivní, orientované na materiální úspěch a za silné. Naproti tomu na ženy se pohlížejí jako na něžné, nenáročné a zaměřené na kvalitu života. Mužská kultura klade důraz na osobní úspěch a tak učí své příslušníky, aby byli asertivní, ctizádní a soutěživí. Mají například větší tendenci čelit konfliktům přímo a soutěživě dovést do konce řešení jakýchkoliv neshod. Je u nich větší pravděpodobnost, že budou přívrženci konfliktních strategií, ve kterých jedni vyhrávají a druhí prohrávají.

Ve vysoce „ženské“ kultuře jsou jak ženy, tak muži vedeni k tomu, aby byli skromní, něžní a orientovaní na kvalitu života. Ženské kultury kladou důraz na kvalitu života, na životní hodnoty a tak vedou své příslušníky ke skromnosti a těsným interpersonálním vztahům. Je u nich větší tendence řešit konflikty kompromisem a vyjednáváním. Budou dávat přednost konfliktním strategiím, ve kterých vyhrávají obě strany.

Podle Hofstedeova výzkumu vede v žebříčku „mužských“ zemí následujících deset (uvedeno sestupně, počínaje nejvyšším hodnocením): Japonsko, Rakousko, Venezuela, Itálie, Švýcarsko, Mexiko, Irsko, Jamajka, Velká Británie a Německo.

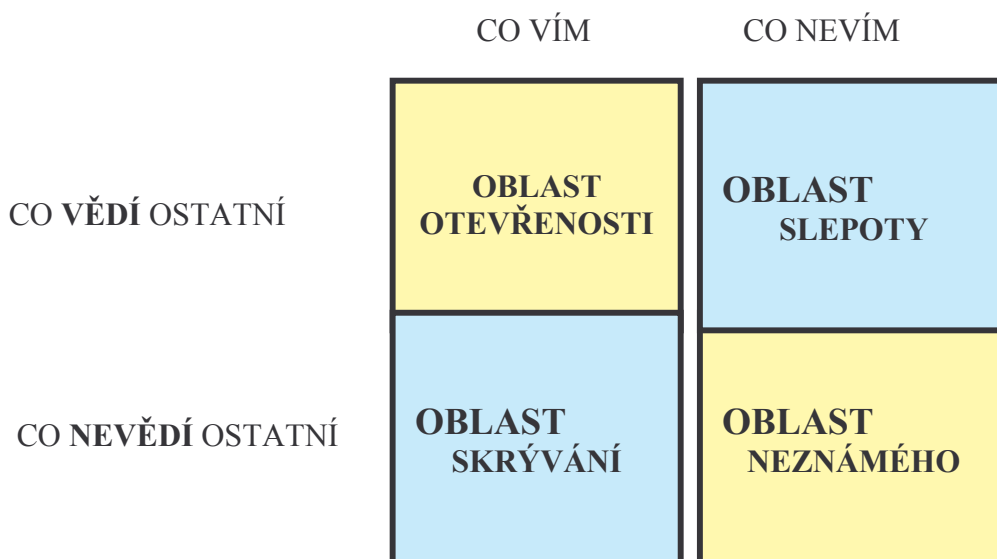
Deset zemí s nejvyšším „ženským“ hodnocením (sestupně): Švédsko, Norsko, Holandsko, Dánsko, Kostarika, Jugoslávie, Finsko, Chile, Portugalsko, Thajsko. (J.A.DeVito,2001)

Sebeuvědomění

*„Každý v sobě uzavírá svou minulost jako stránky knihy, kterou zná z paměti, a jeho přátelé mohou číst jen titul.“
(Virginia Woolfová)*

Sebeuvědomění je základem veškeré komunikace a lze ho vysvětlit pomocí tzv. „Okna Johari“, symbolického rozdělení vlastního JÁ do čtyř oblastí: oblast otevřenosti, oblast slepoty, oblast skrývání a oblast neznámého. Oblasti neexistují izolovaně, ale vzájemně na sobě závisejí – při zvětšení jedné, dochází automaticky ke zmenšení druhé.

Okno Johari (dle Josefa Lufta a Harryho Inghama)



OBLAST OTEVŘENOSTI – tato část projevu vašeho JÁ představuje všechny informace, chování, postoje a názory, o kterých víte. Mohou to být např.: vaše jméno, barva kůže, pohlaví, věk, náboženství, politické přesvědčení... Tato oblast se mění v závislosti na vaší osobnosti a lidech, se kterými komunikujete. Lidé jsou sdílní selektivně – mluví o některých věcech, o jiných ne, jsou sdílní vůči některým lidem, vůči jiným ne.

OBLAST SLEPOTY – ta představuje vědomosti, které o vás mají druzí a které vy nemáte. (Např.: váš zvyk třít si nos, když jste s něčím nespokojeni, nebo váš zvyk dořící větu druhého dřív, než to stačí dořít on sám, váš sklon přehnaně reagovat na domnělé urážky, nebo soutěžit o pozornost). Velká oblast slepoty znamená nízké vědomí o sobě samém a překáží přesné komunikaci. Je důležité zmenšovat oblast slepoty a zjišťovat, co druzí o nás vědí.

OBLAST NEZNÁMÉHO – představuje tu část vašeho JÁ, kterou neznáte ani vy, ani vaše okolí. Jsou to informace pohřbené v podvědomí, které si neuvědomujeme. Do této oblasti lze nahlédnout několika způsoby: prostřednictvím hypnózy, snů, psychologického testu nebo psychoterapií. Lze ji zkoumat také jinými metodami - např. pomocí lidí, kterým věříte (rodičů, životního partnera, přátel...)

OBLAST SKRÝVÁNÍ – (oblast přetvářky) představuje všechno, co o sobě víte, ale co skrýváte před ostatními. Jsou to všechna vaše skrývaná tajemství, sny a představy, trapné zážitky, neetické praktiky, jakékoliv názory, přesvědčení či hodnoty, za které by jste se před ostatními mohli stydět... Určité věci člověk tají před některými lidmi, před jinými ne.

(J.A.DeVito,2001)

Sebeodhalení

- je to typ komunikace, při které člověk o sobě prozrazuje věci, o kterých příjemce nevěděl, které jsou pro něho nové. Výroky o sobě samém, stejně tak nechtěná přefeknutí, bezděčné neverbální projevy nebo veřejná doznání, to vše lze považovat za různé formy sebeodhalení.. Obvykle se ale pojem sebeodhalení používá pro označení vědomého a otevřeného prozrazení informace, kterou byste normálně drželi v tajnosti. Tyto informace se mohou měnit od běžné „Mám strach ze zkoušky z angličtiny“ až po krajně závažné „ Jsem v takové depresi, že uvažuji o sebevraždě“. Má-li dojít k sebeodhalení, pak musí komunikace probíhat mezi minimálně dvěma osobami. Sami sobě nemůžeme nic nového prozradit.

Sebeodhalení se týká také prozrazení informací o osobách blízkých, jestliže tyto informace mají významný vztah k vašemu životu, společenskému postavení nebo profesionálním schopnostem.

Faktory ovlivňující sebeodhalení: osobnost, kultura, pohlaví, posluchači, téma. Více se otvírají extroverti, lidé, kteří jsou sdílní, lidé úspěšní a schopní.

Různé **kultury** pohlížejí na otevřenost různě. Např.: lidé v USA jsou otevřenější než lidé ve Velké Británii, Japonsku, Portoriku (Gudykunst,1983). Čínští studenti považují za vyloučené nebo za nevhodné otevřeně hovořit o mnohem větším počtu témat, než jejich britští kolegové (Goodwin, Lee, 1994).

Některé kultury (zejména vysoce „mužské“) pokládají otevřené vyjadřování vlastních pocitů za slabost. Např. pro některé kultury je nevhodné plakat při radostných událostech, zatímco např. v latinských kulturách tyto projevy nevzbuzují pozornost. V Japonsku se považuje za nežádoucí, aby si kolegové sdělovali osobní informace, kdežto v USA se to většinou očekává. (Barnlund, 1989; Hall a Hall, 1987).

V některých kulturách – např. u Mexičanů - se klade velký důraz na to, aby se o všech záležitostech diskutovalo v pozitivním tónu, což jistě ovlivňuje přístup Mexičanů k otevřenosti. Naproti tomu ale k negativnímu sebeodhalení u nich dochází zpravidla jen před velmi blízkými lidmi a to ještě po dlouhé době vzájemného vztahu. Výzkum prokázal, že nechuť příslušníků hispánské kultury k odhalování negativních záležitostí je původem vážných problémů při prevenci a léčení nákazy HIV (Scapocznik, 1995).

Mezi některými kulturami existují významné podobnosti. Např. lidé z Velké Británie, Německa, USA a Portorika projevují větší ochotu prozrazovat soukromé informace o koníčcích, zájmech, postojích, názorech, než informace o financích, sexu, osobních záležitostech a vztazích (Jourard, 1970). Jiný výzkum prokázal, že modely otevřenosti u amerických mužů jsou prakticky totožné s modely otevřenosti korejských mužů (Won-Doorning, 1991).

Vliv **pohlaví** – populární stereotyp: nechuť mužů hovořit o sobě. Různé výzkumy prokázaly, že skutečně sdílnější jsou ženy než muži. Ovšem negativní věci o sobě obě pohlaví prozrazují

přibližně stejně (Naifeh,Smith,1984). Ženy odhalují více než muži (např. své dosavadní milostné vztahy, názory na své přítelkyně, kolegyně, své největší obavy a to, co se jim nelíbí na jejich partnerovi (Sprecher,1987). Ženy také o sobě prozrazují víc, když se jejich vztah k partnerovi stává intimnější, zatímco muži úroveň své sdílnosti příliš nemění. Ve srovnání se ženami mají muži více témat, se kterými se nesvěřují ani svým přátelům (Goodwin a Lee,1994). Ženy se také více svěřují členům širší rodiny, než to činí muži (např. Argyle a Henderson,1985, Taylor a Wright,1993 aj.). Jediná pozoruhodná výjimka v tomto směru existuje při prvním setkání. Zde jsou muži sdílnější než ženy, snad „za účelem získání kontroly nad vývojem vztahů“(Derlega,Winstead, Wong, Hunter, 1985).

Další odchylka od obecného pravidla, že ženy jsou sdílnější než muži, je zjištění, že u manželských párů jsou manželé i manželky stejně sdílní, ale sdělení manželek byla emocionálnější než u manželů (Shimanoff,1985).

Muži i ženy se vyhýbají sebeodhalení ze strachu, že vyvolají nežádoucí dojem. Další důvody pak již jsou specifické pro muže a pro ženy. Základním důvodem u mužů je potřeba udržet si kontrolu. Hlavním důvodem u žen je „vyvarovat se osobních ublížení a problémů ve vztazích“. (J.A.DeVito,2001)

Vliv **posluchačů** na sebeodhalení – pro sdělování důvěrných informací je nejlepší komunikovat ve dvojici. Komunikujete-li jen s jednou osobou, máte větší možnost se věnovat jeho reakcím, monitorovat účinek svých sdělení, můžete pokračovat, když vidíte nebo pociťujete podporu posluchače, nebo přestat, když zaznamenáte jeho nesouhlas. U více posluchačů je toto monitorování nesnadné, jejich reakce se jistě budou různit.

Svěřovat se budete jistě více lidem, které máte rádi, lidem, kterým důvěřujete. V oblasti sebeodhalování platí tzv. **dyadický efekt** (co dělá jeden, dělá po něm i druhý). Znamená to, že když se vám někdo svěří s důvěrnými informacemi o sobě, existuje vyšší pravděpodobnost, že se mu svěříte také. Tento efekt ale nemusí platit vždy a u všech lidí. Např. výzkumy prokázaly, že u Američanů je jeho platnost vyšší, zatímco u Korejců spíše nefunguje. (J.A.DeVito,2001)

Téma je také faktor, který významně ovlivňuje ochotu či neochotu k sebeodhalení. Raději například komunikujeme o své práci, o svých koníčcích než např. o vlastním sexuálním životě, finanční situaci... Platí také, že člověk o sobě raději sděluje informace příznivé než nepříznivé. Obecně: čím jsou informace intimnější a nepříjemnější, tím méně je člověk ochoten se s nimi svěřovat.

Výhody sebeodhalení: přispívá k sebepoznání, pomáhá získat nový pohled na sebe sama, hlubší pochopení vlastního chování, posiluje schopnosti vyrovnávat se s problémy (např. s pocity viny), zlepšuje komunikaci, pomáhá navazovat kvalitní vztahy.

Rizika sebeodhalení: (jsou velmi reálná, ale neměly by zastínit výhody) svou otevřeností riskujete, že se od vás odvrátí jednotlivci i případně společnost, může dojít také k materiálním ztrátám. Pamatujme, že sebeodhalení stejně jako jiná komunikace je nevratné! Je třeba vždy zvažovat také v dimenzích kulturních pravidel (jejich respektování přináší souhlas, jejich porušení – nesouhlasné reakce). (J.A.DeVito,2001)

Vnímání

je proces, který rozhoduje o tom, která sdělení přijmeme a jaký význam jim přisoudíme. Jedná se o velmi složitý proces, který pro názornost a zjednodušení základního popisu uvádíme v grafické podobě.

Proces vnímání

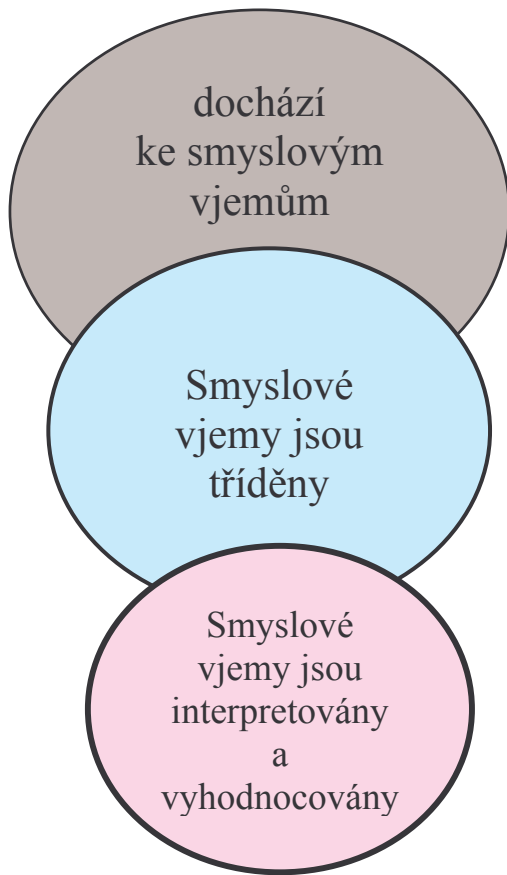
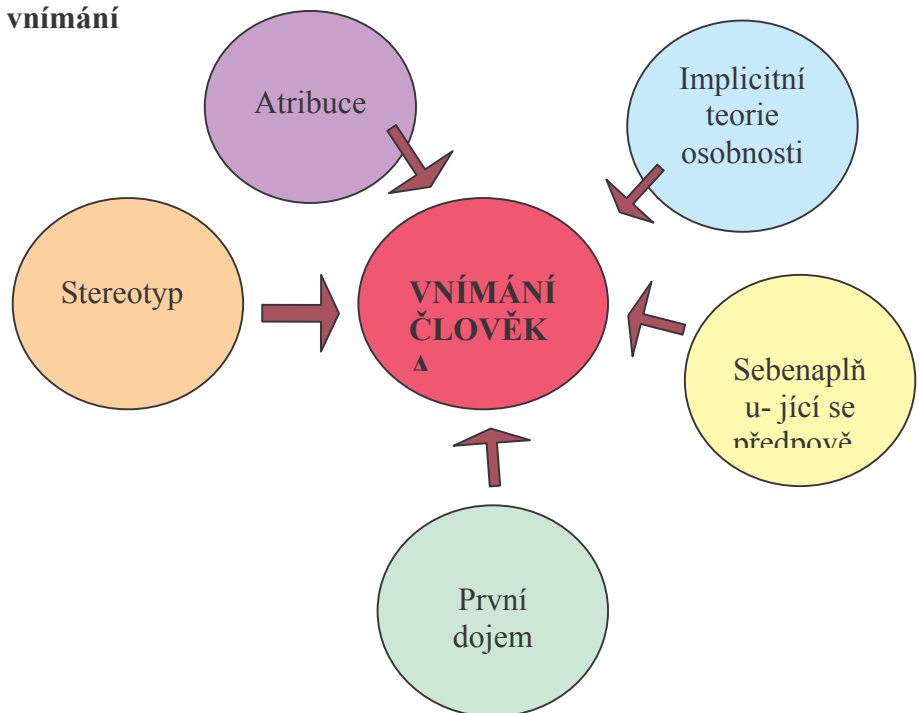


Diagram ukazuje tři fáze procesu vnímání. Naznačuje také překrývání jednotlivých fází a také směřování procesu vnímání od obecného ke specifitějšímu.

Procesy ovlivňující vnímání



Implicitní teorie osobnosti – je to systém vžitých pravidel, jež určují, které vlastnosti se k sobě hodí a nebo se spolu obvykle vyskytují. Vžitá pravidla např. říkají většině lidí, že ten, kdo je energický a horlivý, je také inteligentní. Samozřejmě ale neexistuje žádný logický důvod, proč by neinteligentní člověk nemohl být energický a horlivý. To, co vás při takových volbách vede k „dojmu správnosti,“ je vaše implicitní teorie osobnosti.

Implicitní teorie osobnosti, které lidé zastávají, se od sebe liší v různých kulturách a liší se i implicitní teorie jednotlivých lidí. Např. u Číňanů se vyskytuje pojem *ši gu*, který znamená: „někdo, kdo je znalý světa, oddaný své rodině, společensky obratný a poněkud rezervovaný“ (Aronson, 1994). Tento pojem by se asi jen těžko kódoval v jiných jazycích. Číňanům tedy může připadat samozřejmé, že vlastnosti vytvářející *ši gu* jsou v souladu, zatímco lidé z anglicky hovořících zemí mohou toto pojetí vnímat odlišně. Jsou tedy součástí implicitní osobnosti spíše čínských, než anglických mluvčích.

Podobně někdo může mít velmi pozitivní zkušenosti např. s lékaři a od ní odvozuje svou velmi pozitivní implicitní teorii o všech lékařích, zatímco jiný s nimi může mít zkušenosti špatné a tudíž i velmi špatnou teorii implicitní osobnosti (J.A.DeVito, 2001)

Funkcí implicitní teorie osobnosti je **haló efekt**. Jestliže jste přesvědčeni, že nějaký člověk má několik pozitivních vlastností, pravděpodobně budete mít tendenci dělat závěry, že má ještě další pozitivní vlastnosti. „Opačný haló efekt“ funguje podobně v případě, že se jedná o něčí negativní vlastnosti. Existují také výzkumy, které se zaměřily na první dojem a poslední „čerstvý“ dojem. Závěr lze stručně interpretovat takto: pořadí je významný faktor formující dojmy druhého člověka. První dojem je nejsilnější, ostatní jen dokreslují a zpřesňují naši představu o jiném člověku. Skrze první dojem filtrujeme další informace a formujeme „úplný obraz člověka.“

Je třeba si dávat pozor na potenciální bariéry, které vznikají na základě toho, že si vytvoříme teorii o osobnosti nějakého člověka a ta je pak bariérou přesnosti vnímání!

*„Úsudek o lidech si vytvářím v prvních deseti vteřinách setkání
a jen málokdy takový úsudek měním“
(Margaret Thatcherová)*

Předpovědi, které si sami vyplňujeme

O těchto předpovědích lze hovořit, předpovídáme-li něco, co se splní proto, že jsme to předpověděli, a potom jednali jakoby to byla skutečnost (Merton, 1957; Insel, Jacobson, 1975). Tento proces má čtyři základní fáze:

1. vyslovíme předpověď nebo formulujeme názor o někom (i o sobě) nebo o nějaké situaci (např.: Patrik je nejistý při osobní komunikaci)
2. vůči dané osobě nebo situaci postupujeme tak, jakoby předpověď nebo názor byly pravdivé (s Patrikem jednáme tak, jakoby byl skutečně nejistý)
3. protože jednáme jakoby domněnka byla skutečností, stane se skutečností (díky vašemu jednání Patrik začne být v komunikaci nervózní a skutečně projevuje nejistotu)
4. výsledek vašeho působení na druhého nebo výsledná situace posilují vaše přesvědčení (říkala jsem přece, že Patrik je nejistý v komunikaci!)

(Tento jev se využívá např. i záměrně v managementu, není ojedinělý např. ve vzdělávání, ale i v osobním životě si člověk sám o sobě vytváří tyto předpovědi.) (J.A.DeVito, 2001)

Stereotyp (předsudek)

Často se vyskytují zkratka ve vnímání je stereotyp. Znamená to zafixované vnímání skupiny lidí. Všichni zaujímáme nějaké stereotypní postoje například vůči národním, náboženským a rasovým skupinám, mužům, ženám, kriminálíkům, prostitutkám, heterosexuálům nebo homosexuálům, instalatérům, učitelům atd. Když se setkáte s člověkem a máte některé tyto zafixované dojmy, pak máte tendenci na něj nahlížet především jako na příslušníka určité skupiny, máte tendenci vidět ho jako nositele všech vlastností, které připisujete dané skupině jako celku a riskujete, že budete přehlížet jeho jedinečné individuální vlastnosti. Např.: setkáte-li se s osobou, o které víte, že je bezdomovec, automaticky na něho přenášíte vlastnosti, o kterých jste přesvědčeni, že jsou pro bezdomovce charakteristické a budete ochotni je na něho vztahovat. Na jeho chování můžete dokonce vidět i vlastnosti, kterých byste si jinak ani nevšimli, pokud byste nevěděli, že je bezdomovec. Stereotyp vám zabráni vidět individualitu člověka. Tento komunikační fenomén také představuje bariéru pro přesné vnímání. (J.A.DeVito,2001)

Atribuce

neboli prisuzování je proces, jímž se pokoušíme vysvětlit motivaci lidského jednání. Dělá se to tak, že si položíme otázku, zda dotyčná osoba kontrolovala svoje chování.

*„S našimi úsudky je to podobné jako s časy, které ukazují naše hodinky:
ani dva nejsou stejné, ale každý věří tomu svému“*

(Alexander Pope)

Příklad: pozvali jste svého přítele na sedmou hodinu na večeři. On přišel v devět. Jak vyhodnotíte následující jeho zdůvodnění?

- a) nemohl jsem se prostě utrhnout z koupaliště. Chtěl jsem se pořádně opálit.
- b) Když jsem jel k tobě, viděl jsem, jak nějakí kluci přepadli starší manžele, které od vidění znám a tak jsem jim pomohl a odvezl je domů. Byli tak vystrašení, že jsem s nimi musel zůstat než se vrátily domů jejich děti. Nemají telefon a tak jsem ti nemohl dát vědět, že se zpozdím.
- c) Měl jsem autonehodu a odvezli mě do nemocnice.

U důvodů a) a b) pravděpodobně dospějete k závěru, že ovládal svoje chování, u důvodu c), že je neovládal. Dále byste pravděpodobně reagovali na samotný obsah odůvodnění: u důvodu a) negativně (přítel je bezohledný sobec), pozitivně na důvod b) – projevil se jako správný samaritán. U důvodu c) v důsledku toho, že nekontroloval své chování, by vaše hodnocení nebylo ani pozitivní, ani negativní, ale asi byste ho litovali, že měl nehodu a utěšovali se tím, že je dobře, že se nestalo nic horšího.

*„Hříchy druhých máme před očima,
ale k vlastním se obrácíme zády“*

(Seneca)

Výsledky výzkumů v této oblasti lze shrnout takto: pokud budete vědět, že někdo mohl ovládat své negativní chování, budete k němu cítit odpor. Pokud budete vědět, že ho ovlivnit nemohl, budete tohoto člověka litovat a nikoliv obviňovat.

Existují ale tři hlavní problémy atribuce, které brání přesnosti vnímání: **jednostrannost hodnocení sebe sama** (úspěch připisujete svým osobním vlastnostem, schopnostem, neúspěch pak okolním faktorům), **přehnaná atribuce** (znamená vybrat si 1 –2 vlastnosti nějakého člověka

a pak připisovat všechno co dělá, jedné z nich nebo oběma. Většina chování a osobnostních vlastností vzniká díky vlivu mnoha faktorů!), **základní chyba při posouzení motivace** (je to tendence přisuzovat jednání lidí výlučně jejich povaze a nikoliv situaci, ve které se nacházejí).

Když vysvětlujeme své chování, máme tendenci využívat více externí faktory, než když vysvětlujeme chování druhých!(Martin, Klimoski,1990). Tento přístup je přinejmenším zčásti ovlivněn kulturou (např.: v USA lidé častěji vysvětlují chování jiných jejich povahou. Hindové ale spíše přikládají význam faktorům vnějším (Miller, Aronson,1994). Američané mají větší tendenci vysvětlovat chování druhého, Hindové jsou všeobecně neochotní vysvětlovat něčí chování příčinnými vztahy (Matsumoto,1994). (J.A.DeVito,2001)

Etické otázky komunikování

1) **Volba jako etický problém** – výchozím předpokladem je, že lidé mají právo na vlastní volbu. Komunikace jsou etické, jestliže usnadňují lidem svobodu volby tím, že jim poskytují přesné informace. Neetické jsou tehdy, když se staví do cesty svobodného rozhodování člověka tím, že mu brání získat dostatek potřebných informací. Neetické komunikace jsou tedy takové, které nutí člověka:

- k volbě, kterou by jinak neudělal
- aby ustoupil z volby, kterou by normálně udělal
- k oběma předchozím možnostem současně

Eticky komunikující člověk poskytuje druhým takové informace, které jim pomáhají svobodně se rozhodovat.

2) **Právo na informace**, které o vás mají druzí a které mohou ovlivnit vaši volbu. Např.: máte právo být konfrontován se svým případným žalobcem, máte právo znát úrokovou míru svého úvěru, nebo vědět, na jaké sociální dávky máte nárok. Máte právo znát postup léčby a ošetřování, máte právo znát výsledky svých vyšetření... Na druhé straně ale nikdo nemá právo na informace o vás, jež se ho netýkají. Např.: jak vycházíte se svým partnerem a nebo zda žijete z podpory, jakou chorobou či zdravotním problémem trpíte...

3) **Máte právo nemluvit**, máte právo na soukromí, máte právo neposkytnout informaci, která není relevantní pro danou situaci.

4) **Limity osobní svobody volby**: etika vychází z předpokladu, že lidé jsou ve věku a v psychické kondici, které jim umožňují rozumně uplatňovat právo své volby tak, aby tyto volby neomezovaly druhé v jejich volbách. Např.: pětileté dítě není připraveno na všechna rozhodování, takže někdo je musí dělat za ně. Podobně je tomu u některých dospělých, kteří jsou prohlášeni za nezpůsobilé k právním úkonům a potřebují, aby v určitých záležitostech za ně rozhodovali jiní. Vaše volby nesmějí bránit druhým v jejich legitimních volbách. Např: určité informace mohou být omezovány, protože by mohly být nebezpečné pro společnost (např.: není žádoucí, aby jakýkoliv občan měl kompletní informace o tom, jak sestrojít atomovou bombu či jak klonovat živé bytosti...) (J.A.DeVito,2001)

Kultura a nejistota

Lidé různých kultur se liší ve svých postojích k nejistotě i ke způsobu, jak si s ní poradit. Jejich postoje i způsoby řešení se projevují i v přesnosti vnímání. V některých kulturách lidé nedělají téměř nic aby se vyhnuli nejistotě a nebojí se nevědět. Nejistota je pro ně běžnou součástí života. Lidé těchto kultur se nebojí neznámých situací. Jiné kultury dělají všechno proto aby se nejistotě vyhnuly a velmi se obávají neznalosti příštích událostí. Nejistota je ohrožuje, bojí se jí a jsou přesvědčeni o tom, že je třeba s ní bojovat. Následující tabulka uvádí přehled zemí a jejich míru obav z nejistoty. Řazeny jsou tak, že na prvním místě vždy stojí ta země, která v hodnocení vykazala nejvyšší ohodnocení, na dalších pozicích se výsledky hodnocení snižují.

Malá obava z nejistoty	Velká obava z nejistoty
Řecko	Singapur
Portugalsko	Jamajka
Guatemala	Dánsko
Uruguay	Švédsko
Belgie, Salvador	Hongkong
Japonsko	Irsko
Jugoslavie	Velká Británie
Peru	Malajsie
Francie, Chile, Španělsko, Kostarika	Indie
Panama, Argentina	Filipíny
Turecko, Jižní Korea	USA

Kultury s malou obavou z nejistoty jsou velmi tolerantní k nejednoznačnosti a neurčitosti a proto minimalizují svá pravidla pro komunikaci a vztahy (Hofstede, 1997 aj.) V těchto kulturách jsou i lidé, kteří se neřídí stejnými pravidly jako většina ostatních v dané kultuře, bezproblémů respektování. Odlišné postoje a pohledy na věci se v těchto kulturách dokonce podporují. Naopak kultury se silnou obavou z nejistoty si vytvářejí velmi vyhraněná pravidla komunikace. Jejich porušení se považuje za nepřijatelné.

Geert Hofstede, který realizoval mnoho výzkumů v této oblasti tvrdí, že kultury, které mají silnou obavu z nejistoty, zastávají názor: „Co je odlišné, je nebezpečné.“ Kultury s malou obavou z nejistoty se domnívají, že: „Co je odlišné, je zvláštní.“

Strategie snižování nejistoty – komunikace znamená postupný proces vzájemného snižování nejistoty jednoho člověka o druhém (Berger, Bradac, 1982). Existuje řada strategií, které napomáhají snížení nejistoty: pozorování člověka hrající nějakou aktivní úlohu zejména v neformálních situacích, protože za těchto okolností se člověk méně kontroluje. Je možno také manipulovat situací a sledovat druhého v konkrétnější situaci (např. přijímací pohovor...). Další možností je např. sbírat informace o člověku od jiných lidí. Je možno s danou osobou komunikovat přímo a na mnoho věcí se ho zeptat přímo. Vaše sebeodhalení vyvolá atmosféru sdílnosti. Nejefektivnější je kombinace informací a komunikace.

Z teorie snižování nejistoty jsou odvozeny tyto tři teoremy:

- 1) Čím více lidé komunikují, tím více se sobě navzájem líbí.
- 2) Čím více lidé komunikují, tím je komunikace mezi nimi důvěrnější.
- 3) Čím lépe umějí lidé komunikovat neverbálně, tím více se sobě navzájem líbí.

Teorie snižování nejistoty se zabývá vlivem komunikace na snižování nejistoty, kterou máte o jiné osobě (Berger, Calabrese, 1975).

Přesnost svého jednání můžeme zvyšovat tak, že se obeznamujeme i s kulturními odlišnostmi, zejména s těmi, které se týkají: stupnice hodnot, postojů a přesvědčení. Je důležité respektovat také fakt, že také uvnitř každé kulturní skupiny existují rozsáhlé a významné rozdíly. Příslušníci žádné národnosti nejsou stejní!!! Jestliže předpokládáme, že všichni lidé dané kultury jsou si navzájem podobní, myslíme ve stereotypch.

Naslouchání

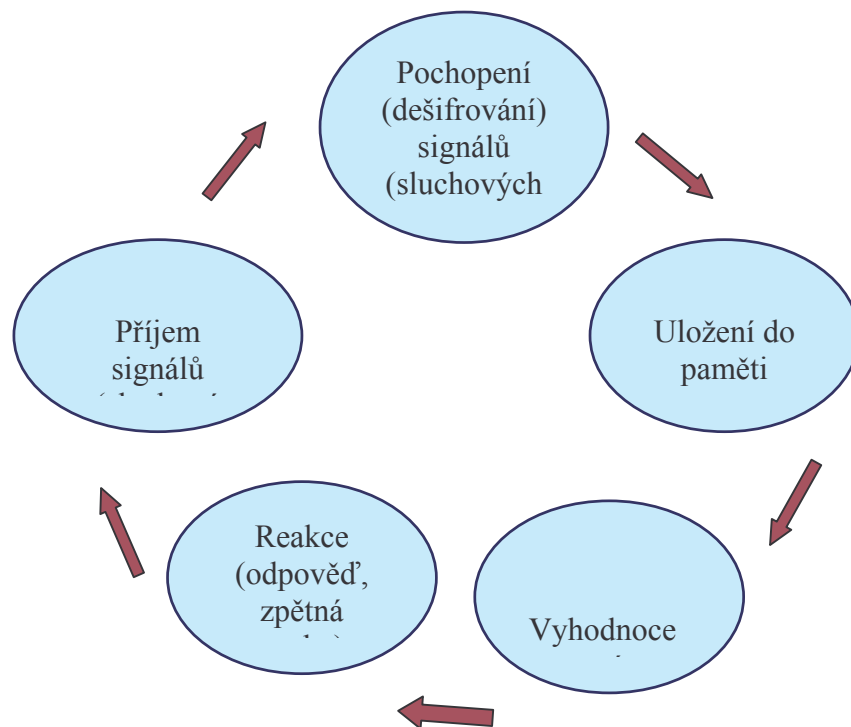
„Opakem mluvení není naslouchání.
Opakem mluvení je vyčkávání“
(Fran Lebowitzová)

Kromě vnímání je také naslouchání hlavním způsobem, kterým přijímáme a dešifrujeme sdělení. Dovednosti v této oblasti nám umožňují přesněji vnímat, lépe chápat a přesněji interpretovat a vyhodnocovat tato sdělení. Vnímání je proces přijímání, uspořádání, zpracování a interpretace velké škály přicházejících podnětů. Je to hlavní proces, který zahrnuje příjem veškerých podnětů. Ve srovnání s ním je naslouchání specializovanější proces, typ vnímání, při kterém přijímáme a zpracováváme zvukové signály (J.A.DeVito,2001).

Výhody, které efektivní naslouchání přináší:

- 1) umožňuje nám **učit se**
- 2) **navazovat a udržovat vztahy** s druhými
- 3) pomůže **ovlivňovat** postoje a chování druhých, je dobrým prostředkem k posílení vlastní pozice
- 4) umožňuje zapojit se do **hry**
- 5) umožňuje **pomáhat** druhým

Proces naslouchání má pět fází, jedná se o složitý proces



(viz výzkumníci v oblasti naslouchání: Barker,1990, Steil, Barker a Watson,1983, Brownell,1987, Alessandra,1986) (J.A.DeVito,2001).

Příjem zvukových signálů není totožný s nasloucháním. Naslouchání je širší pojem. V první fázi **příjmu podnětů** zaznamenáváme nejen to, co bylo řečeno (verbálně i neverbálně), ale i co bylo vynecháno. Příjem podnětů lze zefektivnit tím, že:

- budeme věnovat pozornost verbálnímu i neverbálnímu projevu, všemu co říká i tomu, co neříká.
- Odstraníme pokud možno co nejvíce rušivých vlivů okolí
- Soustředíme se na sdělení mluvčího, ne na to, co mu odpovíme
- Zůstanete v roli naslouchajícího a mluvčího nebudete přerušovat
- Vyhodnocujte nejasná sdělení, která mají rozporné významy

Dešifrování signálů – dekódujeme signály mluvčího a zjistíme, co nám chce sdělit. Znamená to pochopit nejen vyjádřené myšlenky, ale i emocionální tón, který je doprovází (naléhavost, radost, smutek, strach, cynismus, nadsázka...). Pochopení lze zefektivnit:

- Porovnáte nově získané informace s těmi, co již víte
- Na sdělení se snažíte dívat z pozice mluvčího a nevytváříte si definitivní úsudek, dokud plně nepochopíte, co vám chce říci
- Pokud je to nutné, ptáte se na věci, které vám nejsou jasné, na podrobnosti, na příklady
- Parafrázujete (vyjadřujete svými slovy) myšlenky mluvčího

Uložení do paměti toho, co jsme přijali, dešifrovali je potřebné pro různě dlouhou dobu. Uložení do paměti podporuje např. psaní poznámek, nahrávání na pásek... Při většině osobních rozhovorů toto ale není vhodné!

Pamatujeme si nikoliv to, co jsme slyšeli, ale to, co si myslíme (vzpomínáme), že jsme slyšeli! Ve své paměti nereprodukuje přesně, co jsme slyšeli, ale spíše rekonstruuje přijatá a zaznamenaná sdělení do nějakého systému, který nám dává smysl. Uložení informací do paměti lze zefektivnit, jestliže:

- Identifikujete hlavní myšlenky a předem signalizované priority
- Shrnete sdělení do snadno zapamatovatelné formy, aniž byste přitom opomněli rozhodující detaily nebo zhodnocení
- Zopakujte si jména a hlavní pojmy buď v duchu a nebo – je-li to možné – nahlas.
- Identifikujete uspořádání projevu a využijete je k utřídění přijímaných sdělení (jde-li o nějakou formální řeč s rozpoznatelnou strukturou).

Vyhodnocení - posouzení sdělení. Někdy se pokoušíme hodnotit i nevyřčené záměry druhého člověka. V některých situacích má takové naše hodnocení charakter kritické analýzy. Vyhodnocování informací můžeme zefektivnit, jestliže:

- k němu nepřistoupíte, dokud plně neporozumíte stanovisku druhého
- předpokládáte, že druhý má dobrou vůli a pomáháte mu otázkami směřujícími k objasnění vašich námitek
- rozlišujete, co jsou fakta a co osobní názory nebo interpretace druhého
- dokážete identifikovat předsudky a osobní zájmy, které by mohly zavádět druhé k nepoctivému a tendenčnímu předkládání informací.

Reakce na vyslechnuté informace má dvě fáze:

1. fáze : reakce v době, kdy druhý ještě mluví. Tyto reakce by měly být vstřícné a měly by dát najevo, že posloucháte. Tato zpětná vazba jsou slova a gesta. Upozornují druhého, že mu věnujeme pozornost (souhlasné přikyvování, hlasový projev jako např. „aha“, „hm“)

2. fáze: reakce v době, kdy druhý již skončil svou řeč. Bývá zpravidla propracovanější a objevují se v ní projevy empatie nebo účasti, dotazy na objasnění, pochyby nebo projevy souhlasu. Fázi reakce lze vylepšit, jestliže:

- se po dobu projevu chováte k mluvčímu vstřícně a vysíláte různé signály zpětné vazby, nikoliv stále jen jeden. To by působilo dojmem, že neposloucháte, ale jen automaticky přikyvujete.
- svými závěrečnými reakcemi tlumočíte svou podporu mluvčímu.
- se hlásíte k odpovědnosti za své reakce, vyjadřované myšlenky a pocity prohlašujete za své vlastní, používáte sdělení v první osobě.

Empatické a objektivní naslouchání

Empatie je předpokladem pochopení, co si ten druhý myslí, co cítí. Když se dokážete vcítit do myšlení druhých, vidíte svět jejich očima a cítíte to, co cítí oni. Umění vcítit se do druhého není jednoduché, ale stojí zato se k tomuto umění dopracovat.

Ačkoliv empatické naslouchání je nejpreferovanějším typem naslouchání při převážné většině komunikace, jsou situace, kdy je třeba empatii pominout a naslouchat objektivně.

Při empatickém a objektivním naslouchání se snažte porozumět jak myšlenkám, tak pocitům druhého. Pokud jste nepochopili oboje, nedovedli jste své naslouchání do konce.

Nezaujaté a kritické naslouchání

- je efektivní. Znamená být přístupný novým informacím a tím si vytvořit předpoklad pro lepší porozumění druhému. Znamená to naslouchat kriticky a dojít k hodnocení nebo úsudku. Je třeba naučit se kombinovat nezaujaté naslouchání s kritickým. Je potřebné se učit, kdy naslouchat nezaujatě a kdy kriticky. Kriticky naslouchejte, vyžaduje-li situace hodnocení a úsudek, nezaujatě pak vždy, když chcete vyjadřovat svou podporu a povzbuzovat druhého, aby mluvil dále.

Naslouchat nezaujatě je ale někdy velmi obtížné, protože velmi těžko se poslouchají argumenty, které směřují proti našim dlouhodobě pěstovaným názorům, nebo poslouchat kritiku něčeho, čeho si velmi ceníme. Kritické naslouchání často uvázne díky kritické nebo nepřátelské poznámce druhého. Pak je těžké pokračovat v kritickém naslouchání, ale přesně v těchto situacích je to obzvlášť důležité!

Při naslouchání se vyhýbejte zaujatosti a předčasným úsudkům. Konečné hodnocení odložte, dokud plně neporozumíte účelu a obsahu sdělení. Naslouchejte sdělením v jejich celé úplnosti, aniž byste odblokovali jejich části, které jsou pro vás problematické. Nezkreslujte sdělení jejich přehnaným zjednodušováním nebo sjednocováním, snahou přehlížet detaily a upravovat si složitá sdělení tak, aby byla snáze zapamatovatelná. Nesnažte se odfiltrovat nepříjemná nebo nežádoucí sdělení. Uvědomte si své vlastní předsudky, které by mohly být na překážku přesnému naslouchání a mohly by zkreslovat přijímaná sdělení. V procesu asimilace taková zkreslení vznikají, což je důsledkem snahy interpretovat to, co slyšíme, nebo si myslíme, že slyšíme, v souladu s našimi předsudky nebo očekáváními. Stereotypy, předsudky nebo zaujatost mohou

vést také k tendenci **vytrhávat informace z kontextu**, tj. přiřkládat větší význam jen určité části informace. (J.A.DeVito,2001,s.88)

Vnější a hloubkové naslouchání

*„Existuje jen jedno základní pravidlo:
je třeba neustále naslouchat pacientovi“
(Oliver Sacks)*

Většina sdělení má jasný význam, který lze zjistit z doslovného znění slov a vět. To je vnější význam. Další významovou rovinou sdělení je jeho hlubší význam (př.: pacient si neustále stěžuje na bolesti. Vnější význam je: informace o tom, že má fyzickou bolest. Hlubší význam může být např. ten, že pacient potřebuje kontakt s ošetřující osobou, nebo že nestrádá fyzicky, ale psychicky a toto své utrpení manifestuje přes fyzickou bolest o které může otevřeněji a snáze hovořit, nebo se může jednat o sociální konflikt, který nemocný nezvládá a utíká proto do bolesti.....) Chceme-li rozumět hlubším významům sdělení, musíme umět naslouchat „do hloubky“! Jestliže se v komunikaci zaměříte pouze na vnější rovinu komunikace, uniknou vám velmi podstatné informace o pocitech a skutečných potřebách druhého člověka! Zaměřujte se vedle verbálního sdělení také na neverbální projevy. Všimněte si „balíků“ sdělení, která spolu jsou nebo nejsou v souladu a s jejich pomocí usuzujte na význam, který se mluvčí snaží sdělit. V případě pochybností se vyptávejte. Sledujte jak obsahová, tak vztahová sdělení!

Reagujte na různé významové roviny sdělení druhých tak, jak byste chtěli, aby oni reagovali na vaše – citlivě, ale nevtíravě, pohotově, ale ne příliš ctižádostivě. (J.A.DeVito,2001)

Aktivní naslouchání

- za svůj rozvoj vděčí Thomasu Gordonovi (1975), který je učinil základním kamenem své metody P-E-T (Parent Effectiveness Training = školení rodičovské působivosti). Je to technika zpětné vazby, kdy posluchač vysílá zpět k mluvčímu co je podle jeho názoru podstatou přijatého sdělení jak po stránce obsahové, tak pocitové. Není to pouhé přesné opakování slov mluvčího, ale spíše vyjádření vlastního chápání jeho sdělení jako určitého významového celku.

Účel aktivního naslouchání:

- jako posluchači vám pomáhá ověřit, zda jste pochopili, co mluvčí řekl a také co tím mínil. Mluvčímu dává v případě potřeby prostor pro podrobnější objasnění. Tak se zvyšuje pravděpodobnost, že každé další sdělení bude přesněji a výstižněji.
- mluvčímu dáváme najevo, že uznáváme a přijímáme jeho pocity. Mluvčímu tak poskytujeme prostor proto, aby případně mohl opravovat dojem, který v posluchači vyvolal.
- mluvčího podněcuje ke zkoumání vlastních pocitů a myšlenek. Možnost prohodit s někým své pocity často pomůže vypořádat se s nimi.

Techniky aktivního naslouchání (jsou tři):

- *parafrázování myšlenky mluvčího* – vlastními slovy opakujte, co si podle vašeho názoru mluvčí myslí, co cítí (napomůže to lepšímu vzájemnému porozumění a projevíte tím také zájem o druhého. Nejen o to co říká, ale také o to, jaké má pocity). Parafrázování ale používejte jen v omezené míře – jen málo sdělení je třeba parafrázovat. Udělejte to jen v případech, kdy cítíte, že tím zabráníte možnému nedorozumění, nebo když chcete vyjádřit podporu druhému a udržet konverzaci.

- *vyjádření pochopení pocitů druhého* – pomůže to pochopit, zda je správně vnímáte. Mluví tím získává objektivnější pohled na vlastní pocity – je to užitečné tehdy, když je rozčilený, dotčený či deprimovaný. Dáváte tím mluvčímu také prostor proto, aby své pocity mohl šířeti a rozdiskutovat. Většina z nás své pocity drží pod pokličkou a zveřejňuje je až v okamžiku, kdy si jsme jisti, že budou kladně přijaty okolím. Odrazy pocitů druhého nezveličujte ani nezeslabujte. Snažte se být co nejpřesnější.
- *vyptávání* - vaše otázky vám pomohou pochopit myšlenky a pocity druhého a získat další informace. Vaše otázky by mluvčímu měly poskytnout dostatečnou stimulaci k tomu, aby se mohl rozhovořit. Pozor ale na to, abyste nevyzvídali v nevhodných oblastech a druhého v nějakém směru nezpochybňovali! (J.A.DeVito,2001)

Naslouchání, kultura a pohlaví

Každý člověk má svůj neopakovatelný soubor zkušeností a zážitků a proto je jeho komunikační a významový systém odlišný od podobných systémů ostatních lidí.

Kultura

Ovlivňuje: jazyk a řeč, neverbální signály, přímé a nepřímé vyjadřování, zpětnou vazbu, rovnováhu mezi vyprávěním a důkazy, důvěryhodnost.

Jazyk a řeč: i když mluvčí a posluchači mluví stejným jazykem, mohou přitom používat odlišné významy, odlišné styly a odlišnou výslovnost a artikulaci. Ani dva lidé nemluví přesně stejnou řečí. Každý mluví svým vlastním idiolektem, což je neopakovatelná variace určitého jazyka (King a DiMichael,1992).

Mezi lidmi, kteří hovoří rozdílnými jazyky a kteří se naučili nějakému dalšímu jazyku, se budou projevat ještě větší významové odlišnosti. Překlady nikdy nejsou přesné a nikdy plně nepodchytí význam výrazu v druhém jazyku. Přizpůsobujete-li své naslouchání druhému – zejména v podmínkách setkání různých kultur – mějte na paměti, že významy výrazů mohou být velmi odlišné od těch, které používáte vy.

Součástí řeči jsou také přízvuk a způsob výslovnosti. Například lidé, jejichž rodný jazyk je tonální, kde různé výšky tónů znamenají podstatné významové rozdíly (např.: Číňané), hovoří cizími jazyky s tonálními variacemi, které se druhým mohou zdát záhadné. Japonci mohou mít u cizích jazyků potíže s rozlišováním „l“ a „r“, protože japonština tento rozdíl nezná. Rodný jazyk působí jako filtr, který ovlivňuje přízvuk a výslovnost druhého jazyka.

Rozdíly v neverbálních projevech

Vhodnost nebo nevhodnost různých neverbálních projevů na veřejnosti určují kulturní pravidla. Různé kultury ale také používají stejné neverbální gestikulace pro velmi odlišné významy! Např.: kývání hlavou nahoru a dolů u nás znamená souhlas, otáčením hlavy do stran vyjadřujeme nesouhlas. Tatáž gesta ale opačný význam má tato gestikulace v Bulharsku, Indii. Nebo spojený palec a ukazovák do tvaru písmene „o“ znamená v převážné části USA „O.K.“, ale v Japonsku „peníze“, v některých středomořských státech „nula“ a v Tunisku „zabijí tě.“ (J.A.DeVito,2001)

Přímý a nepřímý styl komunikace

Některé kultury (západoevropská a severoamerická) dávají přednost přímému stylu komunikace. Doporučují komunikovat stylem „řekni, co si myslíš a mysl si, co říkáš“. Mnohé asijské kultury naproti tomu dávají přednost nepřímému stylu komunikování, kladou větší důraz na zdvořilost a udržování pozitivní image na veřejnosti než na absolutní pravdivost. Lidem

používajícím odlišný styl komunikování naslouchejte pozorně. Významy, které chce mluvčí nepřímým stylem předat, mohou být velmi odlišné od významů, které byste nepřímým stylem sdělovali vy.

Zpětná vazba

Některé kultury poskytují v komunikaci velmi otevřenou a upřímnou zpětnou vazbu (např.:USA). Mluvčí z těchto kultur očekávají, že zpětná vazba bude upřímným odrazem myšlenek a pocitů posluchače. V jiných kulturách (Japonsko, Korea...) se považuje za mnohem důležitější být pozitivní než být pravdivý a tak lidé mohou reagovat pozitivní zpětnou vazbou i když s nějakým sdělením nesouhlasí a nebo mu nerozumí – př.: Vietnamci u nás velmi často reagují úsměvem – pro nás to znamená, že rozumějí, souhlasí. U nich ale úsměv znamená projev úcty, vstřícnost a umožňuje jim „zachovat tvář“ i v situacích, kdy jsou bezradní, kdy nerozumějí apod. Je velmi důležité aby si zdravotníci této odlišnosti byli vědomi a uměli s ní správně nakládat, protože špatně dešifrovaná zpětná vazba může zapříčinit i poškození pacienta (on sám se nebude dožadovat opakování či doplnění informací..., protože to vnímá tak, že by mluvčího znevážil, ukázal by mu, že jeho aktivita byla nedokonalá, chybná - v jejich kultuře je prvořadá zdvořilost a úcta k druhému i za cenu vlastních obtíží z toho plynoucích!).

Rovnováha mezi vyprávěním a důkazy

- v USA většina lidí chce důkazy dříve, než udělají nějaké rozhodnutí. Tuto kulturu uznávanou hodnotu důkazů se učí vlastně ve školách díky důrazu kladenému na kritické myšlení. Příslušníci jiných kultur ale mohou ve větší míře podlehnout vlivu naprosto přesvědčivě vyprávěného příběhu nebo jednoduše uvěří slovu pro ně velmi důvěryhodného zdroje.

Důvěryhodnost – to, co dodává mluvčímu důvěryhodnost, může být v různých kulturách různé (někde to může být vzdělání, jinde morálka nebo činy...) (J.A.DeVito,2001)

Naslouchání a pohlaví

Deborah Tannenová ve své knize popisuje rozdíly v komunikování žen a mužů. V kapitole o naslouchání píše: když hovoří muži se ženami, dělají přednášky a ženy naslouchají. Přednášející – muž – přebírá roli nadřazeného, učitele, odborníka. Posluchačka – žena – je nucena převzít roli podřízeného, studenta, neoborníka. Podle Tannenové se ženy snaží navázat kontakt a vybudovat užší vztah a k tomu účelu používají naslouchání. Ženy ve větší míře používají signály, kterými dávají najevo svou pozornost a zájem.

Muži používají méně signálů potvrzujících naslouchání, častěji přerušují mluvčího a mění téma rozhovoru na takové, které znají lépe nebo které se méně orientuje na vztahy či je méně osobní.

Muži dělají reklamu svým odborným znalostem, zdůrazňují je a využívají jich k ovládnutí konverzace. Ženy jejich odbornost bagatelizují.

Výzkumy ale také ukázaly, že muži hovoří se ženami stejným způsobem, jako s jinými muži. Z toho vyplývá, že muži komunikují se ženami tak, jak to dělají normálně. Také ženy komunikují s muži stejným způsobem, jako s ostatními ženami. Cílem muže v komunikaci je získat respekt, cílem ženy je líbit se.

Muži a ženy vykazují odlišné způsoby naslouchání. Ženy mají sklon používat více pozitivních signálů, jako jsou citoslovce, příkyvování a úsměvy. Muži častěji naslouchají tiše, aniž projevují mnoho signálů zpětné vazby. Tannenová uvádí, že muži naslouchají ženám méně než ženy mužům. Vysvětluje to tím, že naslouchání staví člověka do podřízené pozice, kdežto mluvení

naopak do nadřizené. Tyto rozdíly v komunikování žen a mužů nereprezentují žádné negativní motivy ani ze strany mužů, ani ze strany žen. Jsou spíše výsledkem odlišného zařazení mužů a žen ve společnosti. (J.A.DeVito,2001)

Verbální komunikace

*„Každý z nás se naučil vidět svět nikoli v jeho skutečné podobě,
ale skrze zkreslující sklo našich slov. Prostřednictvím slov se stáváme lidskými, prostřednictvím
slov se odlidšťujeme.“*

(Ashley Montagu)

Při komunikování používáme dva hlavní signalizační systémy: verbální a neverbální. Verbální systém představují převážně slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem. Neverbální systém představují veškeré další prostředky, jimiž můžeme sdělit nějaký význam (gestikulace, mimika, dotyky...). Oba systémy při komunikování fungují společně!

Čím je a jak funguje řeč lze hodnotit z 5ti hledisek:

- 1) řeč má charakter jak *denotační*, tak *konotační*. Denotace znamená objektivní význam slova. Konotace se vztahuje k subjektivnímu nebo emocionálnímu významu, který konkrétní mluvčí a posluchač připisují určitému slovu. Příklad - slovo smrt: pro lékaře znamená čas, kdy došlo k zástavě vitálních a mozkových funkcí. To je objektivní význam slova smrt. Naproti tomu pro matku zemřelého znamená smrt mnohem více – evokuje v ní kromě objektivního faktu také řadu emocí, např.: na jeho utrpení před smrtí, na jeho mládí, ambice, radostné i těžké životní okamžiky, které spolu prožili.... Pro ni toto slovo je vysoce emocionální, subjektivní a osobní slovo. Takové emocionální, subjektivní a osobní reakce jsou konotační významy slov. Sémantik S.I. Hayakawa (Hayakawa a Hayakawa,1990) razí termíny *vrčení a předení*, jimiž se snaží lépe vyjádřit rozdíly mezi denotací a konotací. (Např.: „Je to banda šupáků“. „Je pitomá“. „Ten chlap je hovado“ – je vrčení. „Je opravdu roztomilá.“ Je přímo božský.“ – je předení. Jedná se o konotace, i když se mohou jevit jako denotace vztahující se k reálnému světu. Popisují totiž spíše než reálné lidi, pocity, které vyvolávají v mluvčím.)
- 2) verbální sdělení obsahuje různou *míru abstrakce*. Např. zábava – film – americký film – nový americký film – Titanic. Někdy může sdělení více vyhovovat obecný termín (zábava), jindy je lépe použít nějaký přesnější (nový americký film Titanic). Přesnější termíny se obvykle jeví jako lepší. Jste-li přesnější, konkrétnější a méně abstraktní ve svém sdělení, dokážete efektivněji ovládat obrazy, které druhý z vašich sdělení získává.
- 3) Verbální sdělení obsahují různou *míru přímocárosti* Nepřímá sdělení mají své výhody i nevýhody. Umožňují nám vyjádřit svá přání, aniž byste někoho urazili, umožňují Vám zachovávat pravidla zdvořilého jednání (např. místo toho, abyste řekli „Tohle chutná jako umělá hmota“ , můžete říct např. „Právě jsem začala držet dietu“ a nebo „ právě jsem obědval“). Nepřímá sdělení také někdy umožňují požádat společensky únosným způsobem o pochvalu. Výzkumy neprokázaly, že by se přímocárost a zdvořilost vylučovaly (Mir, 1993). Nepřímá sdělení ale mohou přinášet také problémy – nepřímé dotazy mohou vytvářet situaci typu vítěz – poražený a vzniká tak atmosféra odporu, konkurence a „vyrovnávání účtů“. V případech přímých dotazů tato situace zpravidla nenastává. (Příklad nepřímé otázky: „Ty bys asi nechtěla, aby moji rodiče přijeli k nám v neděli na oběd, nebo ano?“ Přímá

otázka: „Rád bych tuto neděli pozval moje rodiče k nám na oběd. Co myslíš?“) Vliv pohlaví na přímočarost – např. ženy v USA dle vžitých pravidel při vznášení požadavků a dávání příkazů postupují nepřímě. Tato nepřímá znamená jejich bezmocnost a rozpaky z vlastní autority. Podle téhož stereotypu muži jednají přímo, někdy až na hranici neomalenosti nebo hrubosti. Jejich přímá sděluje moc a spokojenost s vlastní autoritou. Toto ale vyvrací např. Tannenová, která říká, že „nepřímě udělované příkazy mohou být výsadou mocných a v žádném případě neprokazují bezmocnost“. Moc podle jejího názoru znamená schopnost volit svůj vlastní způsob komunikace. Muži komunikují také nepřímě, ale v jiných situacích. Jde převážně o vyjádření slabosti, odhalení nějakého problému nebo přiznání nějaké chyby (Rundquist, 1992, Tannenová, 1994). Muži také nepřímě vyjadřují své emoce (s výjimkou hněvu!) nebo odmítnutí projevu milostné důvěrnosti. Muži komunikují nepřímě, jestliže říkají něco, co se neshoduje s maskulinním stereotypem. Noble (1994) se ve svém výzkumu zabýval tím, co by se mělo změnit na komunikaci druhého pohlaví. Muži odpovídali, že ženy by měly být přímější a ženy odpovídaly, že muži by jim neměli skákat do řeči a aby jim nedávali rady. Lidé, kteří komunikují přímo se často dívají na ty, kteří komunikují nepřímě jako na manipulátory. Tannenová ale říká, že: „označovat druhé za manipulátory často znamená jen svádět na ně vinu za svou nespokojenost s jejich stylem“. Mnohé asijské a latinské kultury kladou větší důraz na nepřímou komunikaci, protože zabraňuje otevřené kritice a ztrátě tváře. Dvě zásady nepřímosti v japonském vyjadřování: *Omoiyari* – blízká empatii, říká, že posluchači musejí rozumět mluvčímu, aniž by byl konkrétní nebo přímý. Tento styl klade vysoké nároky na posluchače. *Sassuru* doporučuje posluchači předvídat, co chce mluvčí říci, vnímat jeho jemné signály a tak odvodit celkový význam sdělení. V USA dávají většinou přednost přímočarosti.

- 4) Řeč se řídí *určitými pravidly* – pravidly gramatickými a pravidly kulturními. Gramatická pravidla: *syntax* (pravidla skládání slov do vět), *sémantika* (pravidla užívání slov v určitém významu), *fonologie* (pravidla kombinace znaků) – učí se v průběhu růstu člověka v konkrétním jazykovém prostředí. Kulturní pravidla se soustřeďují na zásady, které vaše kultura považuje za důležité. Každá kultura má svůj vlastní styl komunikování, své vlastní pravidla jednání, kterými se komunikace řídí. Např.: v převážné části USA se operuje se *zásadou kvality* (sdělení musí být pravdivá) a *relevance* (to, o čem hovoříme musí být relevantní pro daný rozhovor). Pravidla, která nejsou v USA běžná: *zásada mírumilovných vztahů* – Japonci při rozhovorech a skupinových diskusích tuto zásadu zachovávají. *Zásada zdvořilosti* - je to zásada pravděpodobně univerzální pro všechny kultury (Brown, Levinson, 1988). Kultury se ale liší ve svých definicích zdvořilosti a také v pohledu na její význam ve srovnání s otevřeností a nebo poctivostí (Mao, 1994, Strecker, 1993). V asijských kulturách (zejména v čínské a japonské) je zdvořilost obzvláště důležitá a ti, kteří poruší tuto zásadu, se setkají s mnohem tvrdším společenským odsouzením, než s jakým by se setkali v podobné situaci např. v USA nebo v západní Evropě (Fraser, 1990). V asijských kulturách může tato zásada potlačovat zásady ostatní (např. může vyžadovat, abyste neříkali pravdu, což ovšem znamená porušení zásady kvality. Existují také rozdíly mezi muži a ženami, jakým způsobem projevují zdvořilost (Holmes, 1995). Výzkumy provedené v řadě odlišných kultur všeobecně prokazují, že ženy používají zdvořilejší formy než muži. Například v neformálních rozhovorech a v konfliktních situacích mají ženy větší snahu vyhledávat oblasti shody než muži. Zdvořilost se mění také podle typu vztahu. Někteří výzkumníci tvrdí, že největší zdvořilost existuje mezi přáteli a mnohem menší je mezi cizími lidmi a mezi intimními partnery. *Zásada zachování tváře* - velí nezahanbovat druhé nebo jim nezpůsobit „ztrátu tváře“. Tato zásada je velmi důležitá v tzv. kolektivistických kulturách, kde se připisuje větší význam skupině, rodině, organizaci a menší jednotlivci. Kolektivistické kultury (např. Guatemala, Ekvádor, Panama, Venezuela, Kolumbie, Indonésie...) vedou své příslušníky spíše ke spolupráci než k soutěživosti a spíše k odpovědnosti ze celou skupinu než jen za sebe sama (Hofstede, 1997). Tato zásada má menší význam (ale existuje)

v individualistických kulturách (USA, Austrálie, Velká Británie, Kanada, Nový Zéland, Itálie...), kde se klade větší důraz na jednotlivce a individualitu a příslušníci kultury jsou vychováni k soutěživosti a k odpovědnosti v první řadě sami za sebe. *Zásada sebedegradace* - zásada se objevuje v komunikaci Číňanů, ale není neznámá ani v jiných kulturách. Vyžaduje, aby se mluvčí nezmiňoval o vlastních úspěších, zásluhách, schopnostech nebo talentu a nebo aby je snižoval (Gu, 1990). Snižování vlastního významu je formou projevu zdvořilosti, při kterém navenek ubíráme své schopnosti a silné stránky, abychom vyzvedli člověka, se kterým hovoříme.

- 5) *Významy řeči jsou v lidech*. Chceme-li zjistit významy toho, co se lidé pokoušejí sdělit, zkoumejme nejen jejich slova, ale i je samé. Je důležité si uvědomit, že tak jak se člověk časem mění, mění se také významy vyvozené z dříve přijatých sdělení. Tak, ačkoliv se sdělení od té doby nezměnila, významy, které jsme jim připisovali dříve, a významy, které v nich vidíme dnes, mohou být docela rozdílné. (J.A.DeVito, 2001)

Odmítnutí přijetí

Psycholog William James jednou poznamenal, že "nelze vymyslet krutější trest než pustit někoho volně do společnosti, kde zůstane naprosto přehlížen všemi jejími členy". *Odmítnutí přijetí je komunikační model*, který znamená ignoraci přítomnosti i komunikace určité osoby. Vlastně tak dáváme najevo, že ani ten člověk, ani to, co říká, nestojí za opravdovou pozornost nebo za námahu, že on i jeho projevy jsou tak bezvýznamné nebo nedůležité, že vůbec není důvod zabývat se jimi.

Pozor - odmítání názorů nebo činů druhého není totéž co odmítnutí přijetí!

Přijetí

Opačným *komunikačním modelem je PŘIJETÍ*. Znamená nejen uznání existence a přítomnosti druhého, ale také je dáno najevo, že akceptujete jeho samého, jeho definici vlastního já a váš vztah v podobě, v jaké ho definuje nebo vidí on.

Tři běžně se vyskytující praktiky, které představují typy odmítnutí přijetí. Jde o vyjadřování, která odcizují, oddělují lidi, brání efektivní komunikaci: sexismus, heterosexismus a rasismus.

Sexismus je vyjadřování, které snižuje nějakou osobu kvůli jejímu pohlaví. Obvykle se tento pojem používá pro vyjadřování degradující ženy, ale stejně tak může jít i o degradování mužů. Obvykle je sexistické vyjadřování používáno jedním pohlavím proti druhému, ale mohou je používat ženy proti ženám, muži proti mužům.

Jak se nedopouštět sexuálního obtěžování:

- vycházejte z předpokladu, že nikoho z vašich spolupracovníků (spolupracovnic) nezajímají vaše sexuální návrhy, historky, vtipy, příp. sexuálně zaměřená gestikulace.
- sledujte negativní reakce na různé sexuálně zaměřené diskuse.
- neříkejte nebo nedělejte nic, co by vaše rodiče, partneři nebo děti považovali za urážlivé, kdyby se toho dopustil někdo z jejich spolupracovníků.

Heterosexismus - je to relativně nový přírůstek do seznamu lingvistických předsudků.

Znamená řeč používanou ke zlehčování homosexuálních mužů a žen. Jedná se o hanlivé označování gayů a lesbiček, ale jde i o jejich jemnější označování např.: "sportovec, který je homosexuál", "lesbicky orientovaná lékařka" - vlastně tím prohlašujeme, že sportovci a lékařky nejsou normálně homosexuální. Dále tím zdůrazňujeme sexuální orientaci druhého v kontextu, v kterém, stejně jako tomu bývá s otázkami rasy a pohlaví, je často naprosto bezvýznamná pro danou záležitost. Dalším příkladem heterosexismu je presumpce heterosexuality. Lidé obvykle předpokládají, že ten, se kterým hovoří nebo o kom hovoří, je heterosexuální. I když jejich předpoklad je většinou správný, všimněme si toho, že tím vlastně popíráme legitimitu identity

lesbiček a gayů.

Jak se vyhnout heterosexistickému vyjadřování:

- když hovoříte o homosexuálních lidech, vyvarujte se urážlivých neverbálních manýr, které vycházejí ze vžitých stereotypů
- odpusťte si "komplimenty" lesbičkám a gayům, "že na to vůbec nevypadají"
- nepředpokládejte, že každý homosexuálně orientovaný člověk ví, co si myslí ostatní stejně orientovaní lidé
- nepopírejte individuální rozdíly, mohou být urážlivé pro všechny skupiny ("lesbičky jsou tak loajální", "gayové jsou tak otevření ve vyjadřování svých pocitů"...)
- vyhýbejte se přehnané atribuci - tendenci přepisovat všechno, co druhý dělá, říká, co si myslí a v co věří, jeho sexuální orientaci. Tato tendence pomáhá vzniku a udržování stereotypů.
- pamatujte, že milníky vztahů jsou důležité pro všechny. Každý je nerad, když jeho partner zapomene na výročí nebo na narozeniny.

Rasismus

"jakékoliv vyjadřování, které znamená vědomý nebo nevědomý pokus mluvčího zařadit nějakou rasovou nebo etnickou skupinu do podřadnějšího postavení, je rasistické"(Andrea Richová,1974).Rasistické vyjadřování je používáno k projevům rasistických postojů. Samo ale také přispívá k rozvoji rasistických postojů u těch, kteří je používají nebo poslouchají. Rasistické názvy používají příslušníci určité kultury ke zlehčování příslušníků jiných kultur, jejich zvyků, schopností nebo úspěchů a k dosažení a udržení moci nad jinými skupinami. Rasistické vyjadřování zdůrazňuje spíše odlišnosti než podobnosti a příslušníky různých kultur spíše rozděluje, než sjednocuje. Následky rasistického vyjadřování a myšlení projevující se v zaměstnanosti, ve vzdělání, v možnostech bydlení a v celkovém společenském postavení jsou obecně dobře známé.

Existují aspekty vyjadřování, které mohou být ve své podstatě rasistické. Např.: při jednom zkoumání anglického jazyka se našlo 134 synonym pro slovo „bílý“. Z nich 44 mělo pozitivní konotaci. Jen 10 z nich mělo negativní konotaci. Zbývající byla relativně neutrální. Ze 120 synonym pro slovo „černý“ mělo 60 nepříznivé konotace. Pozitivní konotaci nemělo žádné!(Davis, 1973, Bosmajian,1969)

Existují samozřejmě také situace, kdy je rasové rozlišování opodstatněné. (J.A.DeVito,2001)

Kulturní identifikátory

*„Slova mohou ničit. Způsob, jak jeden druhého nazýváme,
se v konečném efektu projeví v tom,
co si jeden o druhém myslíme, a to je důležité.“
(Jean J. Kirkpatricková)*

Pravděpodobně nejlepším způsobem, jak si osvojit vyjadřování bez sexistického, heterosexistického a rasistického podtextu, je najít preferované kulturní identifikátory, které je vhodné používat při rozhovorech s příslušníky nebo o příslušnicích odlišných kultur. Problém je v tom, že preferované termíny se postupem času mění a je proto třeba neustále sledovat vývoj nejaktuálnějšího preferovaného vyjadřování. Následující příklady jsou převzaty od Task Force on Bias-Free Language z Association of American University Press (Schwarz,1995):

- *Děvče* - má se používat jen v hovoru o velmi mladých ženách, ekvivalentem je hoch. Obě označení se nemají používat pro osoby starší 13 – 14 let. Dáma je název v mnoha případech vnímaný negativně, má podtext upjaté a korektní ženy. Dává se přednost výrazu paní, mladá paní.
- *Gay* je všeobecně přijímané označení pro muže homosexuálně orientovaného, pro ženu

orientovanou na ženy se používá název *lesbička*. Výraz *lesbická žena* je tedy zbytečný. Podle názorů většiny vědců sexualita není věcí volby, proto je vhodné používat termín sexuální orientace a ne sexuální preference nebo sexuální status. Ještě používanější je termín afektivní orientace, což v sobě zahrnuje nejen sexuální obsah, ale také citový rozměr.

- Označení *Afroameričan* je všeobecně preferován místo označení černý, barevný. Tyto názvy se nepoužívají kromě názvů organizací, které je obsahují (United Negro College Fund). Název *bílý* se všeobecně užívá k označení lidí, jejichž kořeny jsou v Evropě, ale nezahrnuje Američany španělského původu. Analogicky k označení Afroameričan vznikl pojem *Euroameričan*. Tímto názvem ale většinou tito lidé nechtějí být označováni a proto se dává přednost označení dle jejich jednotlivých národností. Slovo *hispanický* označuje všechny, kteří svůj původ odvozují od španělsky mluvící kultury. *Latina* a *latino* (žena a muž) jsou obyvatelé USA, kteří pocházejí z latinskoamerických států (Haiti, Dominikánská republika, Nikaragua, Guatemala). *Hispanští Američané* jsou občané USA, kteří pocházejí z některé španělské kultury (Mexiko, karibská oblast, Střední a Jižní Amerika). Zdůraznění španělské tradice v tomto názvu je ale nevhodné vzhledem k velkým počtům obyvatel karibské oblasti a Jižní Ameriky, jejichž původ je francouzský nebo portugalský! *Chicana* (žena) a *chicano* (muž) znamenají občany USA pocházející z Mexika, název v sobě často nese nacionalistický postoj a mnoho mexických Američanů jej považuje za urážlivý! Proto se dává přednost názvu mexický Američan.
- Muslim je preferovaná forma označení pro ty, kteří vyznávají náboženské učení islámu. Název „mohamedán“ je nevhodný, protože naznačuje uctívání proroka Mohameda, muslimové toto považují za rouhání proti absolutní jedinečnosti Boha.
- Rómové je preferované označení, jedná se o oficiálně uznanou národnost. Označení cikán je většinou vnímáno jako hanlivé. Jen někteří příslušníci tohoto národa – etnika - kultury, kteří žijí v diaspoře po celém světě, sami o sobě prohlašují, že jsou cikáni, označení Róm je pro ně cizí.

V historii psané z pohledu evropského, byla Evropa centrem světa, Asie byla označována jako východ nebo Orient a Asijci jako Orientálci, což je v dnešní době označení nevhodné, eurocentrické. Lidé z Asie jsou Asijci, z Afriky Afričané, lidé z Evropy jsou Evropané. (J.A.DeVito,2001)

Řeč vyjadřující moc

(dle Molloy,1981, Kleinke,1986, Johnson,1987 aj.)

- neprojevujte váhavost, jinak budete působit dojmem nepřipravenosti a nejistoty
- vyhýbejte se nejistým výrazům. Ty vyjadřují nedostatek angažovanosti, rozhodnosti, cílevědomosti a přesvědčení
- nebuďte přehnaně zdvořilí. Takové formy vyjadřování signalizují vaše podřízené postavení.
- vyhýbejte se diskvalifikujícím poznámkám (např.: "...nečetl jsem celý článek..."). Mohou vyvolávat pochybnosti o kvalitě a věrohodnosti vašich prohlášení.
- nepoužívejte disjunktivní otázky (otázky, které vyžadují souhlas - bylo to bezvadné, že ano?) Mohou signalizovat vaši vlastní nejistotu.

vyhýbejte se používání slangových a vulgárních výrazů. Obvykle signalizují nižší společenskou třídu a malou moc. (J.A.DeVito,2001)

Čtyři všeobecné zásady kritického pohledu na verbální komunikaci (J.A.DeVito,2001)

- Řeč symbolizuje skutečnost, ale sama o sobě realitou není
- Řeč může vyjadřovat jak fakta, tak dedukce, avšak často zatemňuje rozdíl mezi nimi
- Řeč je relativně statická a neměnná, ale svět a lidé, které popisuje, se neustále mění

- Řeč může zamlžit důležité rozdíly mezi lidmi

Tyto čtyři zásady se týkají toho, co teoretici nazývají „*pojmové deformace*“ nebo *logické chyby*.

Řeč (částečně) symbolizuje skutečnost

Řeč popisuje předměty, lidi a události s různým stupněm přesnosti. Slova a věty ovšem nejsou předměty, lidé nebo události, i když někdy jednáme, jako by jimi byly. Dva případy, kdy jednáme, jako by slova a věci byly totéž, jsou intenzionální a totalitní myšlení a vyjadřování.

Intenzionální myšlení – jde o tendenci vidět věci, události a lidi tak, jak se o nich mluví – podle nálepek. Např.: jestliže o někom dopředu z řečí víte, že je nezajímavý a reagujete-li intenzionálně, pak ho hodnotíte jako nezajímavého ještě dříve, než ho vyslechnete. Vidíte ho skrze filtr nálepky „nezajímavý“.

Opačná tendence, *denotační orientace*, znamená, že se díváte nejprve na skutečné lidi, věci, události a teprve potom na jejich nálepky. Způsob, jak se vyhnout intenzionální tendenci, je právě zaměřování pozornosti nejprve na lidi, věci a události tak, jak je vidíte a nepodléhat úsudku jiných.

Totalitní myšlení

Musíme si uvědomovat, že naše úsudky se zakládají pouze na částečných znalostech a že později, jakmile získáme úplnější informace, se naše dedukce mohou ukázat jako mylné.

Musíme si být neustále vědomi toho, že nikdo nemůže o čemkoli všechno znát nebo o tom úplně všechno říci. Nikdy nevidíme a nepochopíme všechno o všem. Nikdy nic nepoznáme úplně. Vidíme pouze část a z toho usuzujeme na celek. Musíme docházet k závěrům na základě nedostatečných důkazů.

Řeč vyjadřuje fakta i usuzování

Často nerozlišujeme mezi vyjádřením faktů a usuzováním, přestože mezi nimi bývají velké rozdíly. Pokud se s usuzováním zachází jako s fakty, zabraňujeme tím racionálnímu myšlení.

Výrok může být považován za faktický, pokud jej jeho autor učiní na základě svého pozorování a omezí jej pouze na to, co pozoroval (Weinberg, 1958).

Na deduktivních výrocích ale není nic špatného. Používají se při mnoha příležitostech, které jsou pro nás významné. Problémy nastávají teprve tehdy, pokud jednáme tak, jakoby tyto deduktivní výroky byly faktické.

Řeč je relativně statická

„statické hodnocení“ je pojmové zkrácení, při němž ponecháváme hodnocení beze změn, zatímco realita, k níž se vztahuje, se neustále mění. Často se stává, že naše verbální prohlášení zůstává statické, i když mezitím událost či osoba dozná i podstatnou změnu.

Řeč může zamlžovat rozdíly

- tím, že osoby, události...

1) označí stejnou nálepkou, přestože ve skutečnosti jsou rozdílné. Někteří lidé nedokáží dostatečně rozlišovat zdánlivě podobné, ale ve skutečnosti odlišné lidi, předměty či události. Projevuje se to zejména v případech, kdy se zaměřujeme na určitou skupinu jako celek a pomíjíme fakt, že jednotlivce nebo jednotlivosti z takové skupiny je třeba chápat jako jedinečné a neopakovatelné. Podobné chybné hodnocení je jádrem každého stereotypu týkajícího se národnosti, rasy, náboženství, pohlaví nebo sexuální orientace. Většina stereotypů je negativních a degraduje skupinu, které se týká. Některé ale jsou naopak pozitivní. Stereotypy nabízejí nevhodná zjednodušení. Indiskriminace je popřením

jedinečnosti každého člověka.

- 2) soustředí pozornost na extrémní místo na převažující střed nacházející se mezi nimi – jedná se o polarizaci. Je to tendence vnímat svět v protikladech (dobrý – špatný, černý – bílý, chytrý – hloupý...). Často se hovoří o černobílém vidění světa. Chceme-li se vyvarovat tohoto přístupu, je třeba se vyvarovat předpokladů, že všichni a všechno musí patřit k jednomu nebo druhému extrému, aniž by existovaly jakékoliv další alternativy. Když druzí usuzují, že existují jen dvě strany nebo alternativy, hledejte střed! (J.A.DeVito,2001)

Neverbální komunikace

Je to komunikace beze slov. Tato komunikace probíhá prostřednictvím držení těla a jeho pohybů, výrazů obličeje, pohledů a pohybů očí, změn vzdálenosti mezi komunikujícími, signálů ovládnutí prostoru, druhu oděvu a jeho barev, dotyků, rychlosti a hlasitosti řeči, a dokonce i způsobem, jakým komunikující zacházejí s časem. (J.A.DeVito,2001)

Signály těla

Tělo komunikuje prostřednictvím pohybů a gest, celkovým vzhledem.

Pohyby těla – 5 hlavních typů pohybů: gesta, ilustrátory, afektivní projevy, regulátory a adaptéry (Ekman a Friesen, 1969; Knapp a Hall,1996).

Gesta jsou symboly, které přímo tlumočí slova nebo fráze (spojení palce a ukazováku do písmene „o“ jako O.K., palec nahoru jako „dobrá práce“, ukazovák a prostředník do „V“ jako „vítězství“. Gesta se používají záměrně a vědomě ke sdělení stejných významů, jako mají příslušná slova nebo slovní spojení. Jsou specifická pro určitou kulturu a je třeba jejich používání v jiné kultuře velmi pečlivě uvážit! Např.:

- v USA se při pozdravu používá mávání celou paží ze strany na stranu, což ale ve velké části Evropy znamená „ne“. V Řecku by toto gesto mohlo být považováno za urážku toho, komu máváte.
- „V“ pro vítězství je gesto používané ve většině zemí světa. Pokud ale současně obrátíte dlaň sněrem k obličeji, Angličané to budou považovat za stejnou urážku jako vztyčený prostředník v USA.
- Sevřená pěst se vztyčeným ukazováčkem a malíčkem se v Texasu považuje za pozitivní signál podpory (tam signalizuje texaského dlouhorohého býka). Naproti tomu v Itálii je to urážka, gesto znamená, že ten, komu je určeno je „paroháč“. V určitých částech jižní Afriky je to gesto odhánějící zlo, v jiných částech Afriky pak představuje kletbu „ať se ti špatně vede“.

Ilustrátory zesilují (ilustrují) slova, která doprovázejí. Př.: hovoříte-li o něčem, co je vlevo, gestikulujete tím směrem. Ilustrátory se používají také k naznačení tvaru, velikosti předmětů, o kterých mluvíme.

Afektivní projevy jsou mimické projevy (úsměv, zamračení), ale také gestikulace rukou nebo pohyby celého těla, které vyjadřují emocionální významy. Používají se k dokreslení či zesílení slovních projevů, ale také jako náhrada slov.

Regulátory jsou signály, které monitorují, kontrolují, koordinují nebo udržují řeč druhého. Když např. přikývneme, naznačujeme tím mluvčímu, aby pokračoval v řeči, že mu rozumíme...Když se nakloníte dopředu a pootevřete ústa, naznačujete, že byste rádi něco řekli.

Adaptéry jsou gesta, která uspokojují nějakou osobní potřebu. Jedná se např. o poškrábání se,

kteřé zbařuje svědění, nebo odhrnutí vlasů spadených do očí apod. Adaptéry mohou být zaměřené na vlastní osobu (např. tření nosu), nebo na člověka, se kterým komunikujete (např. sbíráte mu smítko ze saka, urovnáte kravatu, zkrřížete před sebou paže , abyste druhého udrželi v dostatečné vzdálenosti...). Adaptéry zaměřené na předměty jsou např. bezmyšlenkovité mačkání papíru do malé kuličky, pohřávání si s tučkou...

Vzhled těla

Komunikujeme také vzhledem svého těla. Např.: výška postavy je prokazatelně významným činitelem v řadě situací (DeVito a Hecht,1990, Knapp a Hall,1997). Vzhled prozrazuje rasu barvou a odstínem pleti, může naznačit vaši národnost apod. také celková přitažlivost patří k signálům vysílaným tělem. Atraktivní lidé mají výhodu ve všech druzích aktivit. Ačkoliř si obyčejně myslíme, že atraktivita je určována kulturou (což do určité míry skutečně je), poslední výzkumy ukazují, že definice atraktivity se stávají univerzálními (Brody,1994). Člověk, považovaný za atraktivního, bude pravděpodobně považován za atraktivního i v jiné kultuře.

Signály mimické a zřakové

Lidský obličej včetně očí je pravděpodobně nejdůležitějším zdrojem neverbálních signálů.

V průběhu interakcí s druhými váš obličej komunikuje, a to, co sděluje, jsou zejména emoce. Mimika zřejmě jako jediná vyjadřuje míru pocitu potěšení, souhlasu nebo sympatie, zatímco ostatní částí těla v tomto směru nepřinášejí příliš mnoho dalších informací. Jiné aspekty, např. intenzita sdělených emocí, jsou však vyjadřovány signály obličejce i ostatních částí těla (Graham, Biti, Argyle, 1975). Tyto signály jsou důležité pro správnou komunikaci všeho, co chceme sdělit (viz např. také grafické symboly pro emoce, které se používají v internetové komunikaci – „smajlíky“ – emoticons, smile faces).

Mimika dokáže vyjádřit nejméně osm následujících emocí: štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor, opovřzení, zájem (Ekman, Friesen, Ellsworth,1972). Jiní k tomu přidávají ještě: úžas (zmatek) a rozhodnost (Leathers,1976).

Výzkumy zjistily, že: některé emoce se dekodují snadněji (např. štěstí, dekodovat smutek je těžší), ženy a dívky jsou schopné poznat mimické signály emocí přesněji než chlapani a muži.

Naše mimika neovlivňuje pouze úsudky a dojmy, které o nás získávají druzí, ale také úroveň našeho vlastního emocionálního stavu (Capella,1993).

Vliv kontextu a kultury

Velká rozmanitost mimické komunikace, kterou můžeme pozorovat v různých kulturách, nesouvisí, jak se zdá, ani tak s odlišným vyjadřováním emocí, ale spíše s tím, které reakce jsou na veřejnosti přípustné. Např.: Japonci své emoce veřejně neprojevují a ženám nepřisluší se na veřejnosti příliš usmívat (je nevhodné pro ně odhalovat při úsměvu zuby, proto si občas pomáhají dlaněmi...).

Zřaková komunikace

Signály sdělené očima se liší v závislosti na délce, směru a charakteru pohledu. V každé kultuře existují dosti striktní *pravidla vhodné délky zřakového kontaktu*. Pokud délka zřakového kontaktu nedosáhne zvyklé délky, pak lidé mohou mít dojem, že ten, s kým komunikují nemá zájem, stydí se nebo je duchem nepřítomný. Jestliže je ale přiměřená délka pohledu překročena, pak toto mohou vnímat jako nevhodný projev zájmu nebo dokonce jako projev nepřátelství.

Také *směr pohledu* komunikuje – v našich podmínkách je vhodné během konverzace střídat pohledy do obličeje druhého a mimo něj. Rečníkům na veřejnosti se doporučuje, aby se rovnoměrně dívali na celé publikum. Pokud tato pravidla nedodržujeme, pak tím vysíláme signály, které ostatní mohou dekodovat jako: nezájem, ostych, nervozitu, rozpaky... *Charakter pohledu* je také důležitý. Rozšířené nebo zúžené oční štěrby a zorničky vyjadřují intenzitu zájmu a emoce jako překvapení, strach, znechucení.

Funkce pohledů – pomocí pohledů předáváme mnoho informací a můžeme tak také hledat zpětnou vazbu, mohou vypovídat o povaze vztahu k druhému (pozorný a laskavý pohled, ale také negativní vtať – vyhýbavý pohled). Pomocí pohledů lze vyjádřit svoji dominanci.

Zrakový kontakt dokáže také *měnit psychologický odstup* mezi lidmi. Když zachytíte pohled někoho, kdo např. na večírku stojí i velmi daleko od vás, stáváte se vzájemně psychologicky bližšími. Naopak, vyhýbáte-li se zrakovému kontaktu s někým, kdo je vám fyzicky i velmi blízko, zvětšujete tím vzájemnou psychologickou vzdálenost.

Kulturní odlišnosti v oblasti zrakové komunikace mohou zapříčinit porušení některých důležitých pravidel. Např.: v naší kultuře ale také Američané považujeme přímý zrakový kontakt za projev otevřenosti, poctivosti. Japonci ale často na přímý oční kontakt pohlížejí jako na projev neúcty, nedostatečného respektu. Oni oční kontakt využívají v komunikaci jen velmi málo a pohled trvá jen velmi krátkou dobu. (Axtell, 1990)

Ženy navazují a udržují oční kontakt (i když mluví i když naslouchají) častěji a déle než muži. Platí to jak pro komunikaci ženy se ženou, tak pro komunikaci ženy s mužem. Tento rozdíl může být vysvětlen větší tendencí žen projevovat emoce.

Jestliže se vyhnete zrakovému kontaktu nebo odvrátíte pohled, pak tím poskytnete druhým udržet soukromí. Odvrácením pohledu říkáte: „respektuji vaše soukromí“. Vyhýbání se pohledu může signalizovat ale také nezájem. Člověk si někdy zakrývá oči nebo je zavírá aby zablokoval nějaké nepříjemné podněty a nebo aby vyloučil všechny zrakové podněty a tak zesílil vjemy všech ostatních smyslů.

Prostorová a teritoriální komunikace

Způsob, kterým využíváte prostor, hovoří k druhým stejně jistě a hlasitě jako slova nebo věty.

Způsob *využívání prostorové vzdálenosti* – *proxemika*. Edward Hall (1959, 1966) rozlišuje 4 vzdálenosti, které definují typ vztahu mezi lidmi a identifikuje takto sdělené signály.

Intimní vzdálenost – je to odstup 45 cm a méně. V tomto prostoru je přítomnost druhého nepřehlédnutelná. Je slyšet i cítit jeho dech. Intimní vzdálenost je využívána např. pro milování, pro zápas, uklidňování nebo ochranu. Je tak těsná, že ji většina lidí považuje za nevhodnou na veřejnosti. Zdravotníci si musí být vědomi, že často vstupují do této intimní sféry svých pacientů v souvislosti s vyšetřováním a ošetřováním. Toto je pacienty vnímáno nepříjemně a není-li narušení jejich intimní komunikační sféry odůvodněn, doprovázen slovním vysvětlením, pak může docházet i k obranným reakcím ze strany pacienta!

Osobní vzdálenost – rozmezí od 45 cm až do 120 cm. Je to naše ochranná „bublina“, kterou se snažíme udržet nenarušenou vniknutím někoho druhého. V této vzdálenosti stále ještě můžeme někoho uchopit nebo držet, ale pouze za pomoci natažených paží. Dvnitř „bublíny“ dovolujeme vstup jen některým lidem (těm, které milujeme, našim přátelům).

Společenská vzdálenost je rozmezí od 1,2 m do 3,7 m. V této vzdálenosti ztrácíme pohled na detaily, které máme ve vzdálenosti osobní. Používáme ji k obchodním, společenským komunikacím. Čím větší odstup udržujeme, tím formálnější naše interakce vypadají.

Veřejná vzdálenost je odstup větší než 3,7 m. Tato vzdálenost je základem naší osobní ochrany.

Umožňuje nám v případě potřeby podniknout obranné akce. I když se na tuto vzdálenost nedají rozeznat jemné detaily obličejů a očí, jste dostatečně blízko, abyste mohli vidět vše, co se děje. Tato ochranná vzdálenost se ale mění v souvislosti na prostředí a společnosti lidí, ve které se právě pohybujete. Např.: neznámé místo, tma, pocit nebezpečí tuto zónu zvětšují, zatímco pobyt např. mezi přáteli ji minimalizují a nevdí nám ani dotyky a těsná blízkost těchto lidí. Necítíme se ohroženi.

Prostorovou komunikaci ovlivňuje několik faktorů:

- postavení: lidé stejného postavení udržují menší vzájemný odstup než lidé nestejného postavení. V případě nerovného postavení se člověk výše postavený může přiblížit k druhému více, než se níže postavený může přiblížit k němu.
- kultura: lidé různých kultur zacházejí s prostorem odlišně. Příslušníci severoevropských kultur a mnozí Američané při konverzaci udržují dost značný odstup. Naproti tomu jihoevropané a lidé blízkovýchodních kultur stojí k sobě mnohem blíže. Ti, kteří jsou zvyklí na větší odstup hodnotí přílišnou blízkost jako dotěrnost, přehnanou důvěrnost. Ti, kteří jsou zvyklí na malý odstup, hodnotí větší odstup jako chlad a nepřátelství. Např. Američané jsou zvyklí chovat přátelské vztahy a komunikovat s těmi, kteří bydlí v jejich bezprostřední blízkosti. Oproti tomu Japonci nejsou zvyklí se přátelit a sblížovat se se svými sousedy, kteří bydlí v těsném sousedství. Jestliže tedy bydlí vedle sebe Japonec a Američan, pak jeden (Japonec) má pocit přílišné důvěrnosti a nemístného vměšování se do soukromí a druhý (Američan) zase vnímá souseda jako chladného, nepřívětivého a nepřátelsky se projevujícího člověka. Přesto každý z nich jedná pouze na základě své kulturní příslušnosti (Hall a Hall, 1987).
- *Předmět komunikace*: při diskusi o osobních záležitostech udržujeme menší odstup, než když se jedná o neosobních věcech. Více se přibližujeme tomu, kdo nás chválí, než tomu, kdo nás kritizuje.
- Pohlaví: ženy všeobecně stojí blíže k sobě než muži. Se zvyšováním věku lidé mají tendenci používat větší proxemické vzdálenosti. Děti stojí mnohem blíže sobě než dospělí, což by se dalo považovat za jistý důkaz toho, že udržování vzdálenosti je naučené chování.

Teritorialita – termín byl převzat z etologie. Znamená to projev vlastnických vztahů k určitému prostoru nebo předmětu. Velikost a umístění teritoria vypovídají o postavení člověka (Sommer, 1969, Mehrabian, 1976). Projevem postavení je také nepsaný zákon zaručující výše postaveným právo invaze. Stejně jako zvířata, také lidé si svá teritoria vyznačují. Používají k tomu tři typy značek: centrální, hraniční a znaky (Hickson, Stacks, 1998).

Centrální označení oznamuje, že teritorium je vyhrazeno (např. když položíte na židli tašku, na stůl knihy... dáváte tím druhým najevo, že teritorium je zabrané).

Hraniční označení rozlišuje něčí teritorium od teritoria druhých (např.: přepážky u pokladen v supermarketech, opěradla na ruce oddělující naše sedadlo od druhých, plot okolo našeho domu, vstupní dveře bytu...)

Znaky – identifikují náš majetek (ochranné známky, obchodní značky, jmenovky, monogramy...).

Komunikace prostřednictvím předmětů

Jde o signály vyrobené nebo připravené lidskýma rukama. Je to barva, dekorace prostoru, oblečení, šperky, parfémy, dárky, které dáváme.

Komunikace barvami

Barvy v našem životě hrají významnou úlohu. Bylo prokázáno, že barvy mají také vliv na naši psychiku. Lidé různých kultur přiřkládají barvám jisté symbolické významy, které se kulturně liší.

Tabulka významu barev v různých kulturách dle Henryho Dreyfusse (1971), Nancy Hoftové (1995) a Norine Dresserové (1996)

Barva	Kulturní význam
červená	V Číně je tato barva znakem prosperity a znovuzrození, používá se při slavnostních a radostných událostech. Ve Francii a Velké Británii je symbolem mužnosti. V mnoha Afrických státech znamená rouhání nebo smrt. V Japonsku symbolizuje hněv a nebezpečí. Červený inkoust korejští buddhisté používají pouze k napsání jména zemřelého v den jeho smrti nebo při výročí jeho úmrtí.
zelená	V USA znamená kapitalismus, jděte (pokračujte...) a také závist. V Irsku je znakem patriotismu, mezi některými domorodými Američany symbolizuje ženskost. Pro Egyptany symbolizuje úrodnost a sílu, pro Japonce mládí a energii.
černá	V Thajsku je symbolem stáří, v některých částech Malajsie symbolem odvahy. Ve velké části Evropy a Ameriky je symbolem smrti a smutku.
bílá	V Thajsku symbolizuje čistotu. V mnoha muslimských a hinduistických kulturách představuje čistotu a mír. V Japonsku a v dalších zemích Asie je symbolem smrti a smutku.
modrá	V Iránu symbolizuje něco negativního, v Egyptě čest a pravdu, v Ghaně radost, u Irokézů porážku.
žlutá	V Číně je znakem bohatství a autority, v USA zbabělosti nebo výstrahy, v Egyptě štěstí a prosperity, v mnoha zemích světa pak symbolem ženskosti.
purpurová	V Latinské Americe znamená smrt. V Evropě příslušnost ke královským rodinám, v Egyptě ctnost a věrnost, v Japonsku půvab a vznešenost, v Číně barbarství.

Oblečení, ozdoby a vůně

Lidé si dělají úsudek o druhých částečně také podle jejich oblečení. Usuzují tak např. na vaše společenské zařazení, serióznost, postoje (konzervativnost nebo liberálnost), zájem o konvenci, smysl pro styl, kreativitu. Také šperky, které člověk nosí, vysílají určité signály (např. snubní prsten, drahé hodinky, náušnice v uchu u muže...). Totéž platí také o např.: piercingu, tetování apod.

Také úprava účesu je komunikačním prostředkem – např.: dlouhé vlasy u mužů, dredy, pejzy, vyholení hlavy... podle stylu účesu lidé usuzují např.: na vaši konzervativnost nebo liberálnost, příslušnost k některé kultuře, na identifikaci s různými módními trendy, názorovými směry...

Dekorace prostoru

- také prostor, ve kterém žijeme, pracujeme, mnohé vypovídá o nás samotných, o vašem postavení, ekonomické situaci, vkusu, zájmech, estetickém citění, pořádkumilovnosti, avantgardnosti...

Čichová komunikace

- čichová (olfaktorická) komunikace hraje velmi důležitou roli v obrovském počtu situací a v současné době se z ní stal „velký byznys“- např.: aromaterapie.

Dva signály jsou v čichové komunikaci nejdůležitější:

- signály přitažlivosti : lidé používají různé parfémy, toaletní vody, pudry, krémy, mýdla, koupelové pěny... aby zvýšili svoji přitažlivost pro druhé, ale také vlastní dobrý pocit ze svého těla.
- signály identifikační: vůně se často využívají k vytvoření image nebo identity nějakého výrobku. Existují také důkazy, že člověk dokáže identifikovat určité jedince svého druhu čichem (např. malé děti byly schopny identifikovat trička svých sourozenců pouze čichem). Furlow šel dokonce tak daleko, že prohlásil:“ jestliže vám tělesný pach vašeho muže připomíná vašeho otce nebo bratra, možná by bylo vhodné provést genetické testy předtím, než s ním počnete dítě.“

Dary,

jimiž obdarováváte své okolí jsou také jedním z aspektů neverbální komunikace. Dar může naznačovat stupeň intimnosti vztahu dárce a obdarovaného, nebo také stupeň závazku, existují i tzv. „pygmalionské dary“ - to jsou takové, prostřednictvím kterých si dárce přes obdarovaného splňuje svoje nenaplněná přání (darují-li rodiče dítěti knihy a nějaké vědecké vybavení – pravděpodobně sní o tom, že jejich potomek bude studovat a stane se vědcem; intimní partner, který dává nějaké stylové oblečení, zřejmě chce, aby se partner oblékal jinak...)

Obdarování je ale také podloženo kulturními zvyky a pravidly. Nevhodné dary mohou lidi spíše rozdělovat než sblížovat. Různé kultury připisují různým věcem, které darujete různé symbolické významy (např.:

- negativně budou reagovat Belgičanka na chryzantémy, Číňanka na hodiny. Důvod: chryzantémy i hodiny jsou v těchto kulturách považovány za připomínku smrti.
- Rozmrzelost vzbudíte u arabského podnikatele tím, že mu při prvním setkání předáte dar. Stejně bude reagovat na láhev koňaku, kterou mu přinesete na usmířenou při další příležitosti. Důvod: dar při prvním setkání se v této kultuře vykládá jako úplatek, koňak a vůbec alkohol je v islámských kulturách zakázaný a není možné ho vybrat jako dar.
- Přinesete-li svému keňskému kolegovi květiny, bude se tvářit zmateně. Květiny se v Keni dávají pouze jako vyjádření kondolence.
- Vaše švýcarská kolegyně bude zase zmatená, pokud jí darujete 14 rudých růží – je to pro ni symbolické milostné vyznání.
- Iránské přítelkyni když darujete žluté růže, bude se na vás také divně dívat. Pro ni tento dar totiž symbolizuje nepřátelství a negativní postoj dárce k ní.
- Vaše čínská přítelkyně, když jí darujete sadu příborů, dar nerozbalí a když, tak se urazí. Číňané nemají ve zvyku otevírat dárky před dárce. Nože (nůžky) pro ně symbolizují přerušování vztahů.

Komunikace dotykem

- haptika je pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace (Montagu,1971). Hmat se rozvíjí dříve než ostatní smysly. Dokonce již v době nitroděložního života dítě přijímá hmatové podněty. Dítě brzy po narození hmatem prozkoumává svůj okolní svět i sebe samo, přijímá mnoho taktilních podnětů.

Vzájemné dotyky se řídí mimo jiné také kulturními zvyklostmi a pravidly. Např.: Afroameričané

se vzájemně dotýkají více než Euroameričané. Japonci se vzájemně dotýkají mnohem více než Anglosasové, kteří se zase dotýkají mnohem méně než obyvatelé jižní Evropy.

Významy dotyků (dle Jones a Yarbrougha, 1985):

- Vyjádření pozitivních emocí : podpory, ocenění, sexuální zájem, náklonnost
- Vyjádření hravosti ve smyslu náklonnosti nebo také agresivity
- Ovládání nebo usměrňování chování, postojů nebo pocitů druhého (např.: vyžadujete-li pozornost, dotknete se druhého).
- Rituální dotyky se týkají pozdravů a loučení (podání ruky, objetí)
- Funkční dotyky jsou takové, které provádíme za účelem určitého úkonu (odstranění smítka z obličeje či oděvu druhého, pomoc při vystupování z auta...).

Henleyová (1977) tvrdí: „, dotyky potvrzují nadvládu mužů nad ženami. Dotýkat se žen je pro muže běžná denní praxe, ať je to v restauraci, v kanceláři, ve škole. Muži tím dokazují své „nadřazené postavení.“ Když se naopak dotýkají ženy mužů, vysvětlení ve smyslu dominance žen není přijatelné (pro muže). Muži si tyto dotyky mohou vykládat jako sexuální výzvu“.

Dotyky a kulturní odlišnosti

Funkční dotyky jsou v některých kulturách za nepřipustné. V Koreji se považuje za neuctivé a příliš intimní gesto, když se prodavač dotkne zákazníka při vracení drobných peněz. Muslimské děti jsou vychovávány tak, aby se nedotýkaly příslušníků opačného pohlaví. Dotýkat se cizích lidí je v Japonsku tabu a proto Japonci dbají velmi pečlivě na dodržování patřičného odstupu. Některé kultury (jihoevropské, středovýchodní) jsou kontaktní kultury, jiné (severoevropské, japonská) jsou kultury nekontaktní.

Kontaktní kultury se vyznačují tím, že jejich členové mezi sebou zachovávají malý odstup, dotýkají se vzájemně při konverzaci, mnohem více se k sobě obracejí čelem a udržují delší soustředěný oční kontakt. Opačně se chovají členové nekontaktních kultur. Proto lidé z kontaktní kultury mohou být při komunikaci s člověkem z nekontaktní kultury vnímáni jako neodbytní, agresivní, nevhodně důvěrní. Naopak člověk z nekontaktní kultury bude vnímán člověkem z kultury kontaktní jako chladný, odměřený, rezervovaný, nezúčastněný.

Vyhýbání se dotykům: stejně tak, jako dovolíme některým aby se nás dotýkali a umožníme jim to, máme také sklony vyhýbat se dotykům určitých lidí nebo dotykům za určitých situací. Andersen a Leibowitz zjistili, že existuje vztah mezi odmítáním dotyků a obavou z komunikace. Ti, kteří se obávají ústní komunikace také se ve velké míře obávají dotyků. Stejně tak se jich obávají lidé uzavření. Jak důvěrná sdělení, tak dotyky jsou formami intimní komunikace, takže lidé, kteří nejsou schopni sblížit se s druhými v mluveném projevu, zřejmě k tomu nejsou ochotni ani prostřednictvím dotyků. Starší lidé mívají větší nechuť k dotykům opačným pohlavím než lidé mladší. Muži se vyhýbají dotykům se stejným pohlavím více než ženy. Ženy se dotykům se stejným pohlavím nevyhýbají, avšak dotykům s opačným pohlavím se vyhýbají více než muži.

Mimojazykové projevy a mlčení

Mimojazykové – paralingvistické projevy znamenají neverbální, vokální dimenze řeči. Nejde přitom o to, co říkáme, ale jak to říkáme. Také mlčení je sice absencí zvuku, ale není absencí komunikace.

Mimojazykové projevy

Přízvuk a slovosled ve větě jsou jedním z aspektů mimojazykového projevu. Dalšími jsou rychlost, hlasitost a rytmus řeči. Patří sem také vokalizace – zvuky, které vydáváme, když pláče, šeptáme, řiháme, zíváme, nebo ječíme (Trager, 1958, 1961; Argyle, 1998). Změníme-li například rychlost řeči nebo hlasitost, druzí pak význam toho, co říkáme, vnímají jinak.

Na základě mimojazykových prostředků, které používáme, si ostatní vytvářejí úsudek o nás (o naší moci, o důvěryhodnosti, o našich emocích).

Vnímání efektivity komunikace - jako efektivnější je hodnocena komunikace rychlejší.

Velká rychlost ale může snižovat úroveň chápání, neposkytuje druhému dostatečný čas na promyšlení odpovědi, příp. se posluchač zaměří jen na rychlost řeči, ale obsah není schopen vnímat!

Problematičtí posluchači (J.A.DeVito, 2001)

Typ naslouchání	Projevy	(Dez)interpretace projevů
Statický posluchač	Neposkytuje zpětnou vazbu, zůstává relativně bez pohybu a bez výrazu.	Proč nereaguje? Slyší mě?
Posluchač poskytující monotónní zpětnou vazbu	Zdá se, že reaguje, ale bez ohledu na to, co říkáte, reakce se nemění.	Neříkám nesmysly? Proč se pořád usmívá? Vždyť to myslím naprosto vážně.
Nadměrně expresivní posluchač	Reaguje extrémně úplně na všechno.	Proč je tak expresivní? Neřekl jsem přece nic tak provokativního. Až se dostanu k pointě, bude z toho mít snad srdeční záchvat.
Čtenář/pisatel	Když vám naslouchá, čte nebo píše a pouze příležitostně vzhledne.	Jsem tak nudný? Jsou týden staré noviny zajímavější než to, co povídám?
Posluchač vyhýbající se přímým pohledům	Dívá se kolem dokola, ale nikdy ne na vás.	Proč se na mě nedívá? Mám snad v zubech špenát? Nemůže mě ani vidět?
Duchem nepřítomný posluchač	Poslouchá současně i něco jiného. Často má na uších sluchátka, v nichž je zvuk tak hlasitý, že ruší vaše vlastní myšlenky.	Kdy asi vypne tu hudbu a začne skutečně poslouchat? Jsem tak nudný, že k mé řeči potřebuje hudební kulisu?
Čekající posluchač	Čeká na příležitost, aby mohl převzít slovo	Poslouchá mě a nebo si vypočítává vhodnou chvíli, kdy mě přeruší?
Posluchač dokončující myšlenky mluvčího	Vynechte jen málo a hned dokončí vaši myšlenku.	Jsem tak snadno předvídatelný? Proč se vůbec obtěžuji něco říkat, když už ví, jak to bude?

Mlčení

„Řeč je civilizace sama.

Slovo, dokonce i slovo nejvíce si protiřečí, uchovává kontakt.

Je to mlčení, které izoluje.“

(Thomas Mann)

Ale Karl Jaspers (filosof) řekl: „konečným stadiem myšlení stejně jako komunikace je mlčení.“ Filozof Max Picard zjistil, že: „mlčení není nic výlučně negativního, není pouhou absencí řeči. Samo o sobě představuje pozitivní a ucelený svět.“

Důležité je: mlčení něco sděluje. Naše mlčení komunikuje stejně intenzivně jako jakékoli slovní vyjádření.

Funkce mlčení: mluvícímu poskytuje čas na přemýšlení, na formulaci a uspořádání verbální komunikace. Před signalizací velkého konfliktu a nebo velkého projevu lásky často nastává pomlka, která zřejmě má posluchače připravit na závažnost následujícího sdělení. Lidé někdy používají mlčení jako zbraň, kterou chtějí ranit toho druhého (viz např. „tichá domácnost“, jedná se o formu odmítání uznání přítomnosti toho druhého). Po vzájemném konfliktu spolu dva lidé přestávají mluvit, což představuje určitý druh trestu. Mlčení může ale také znamenat vyjádření osobní úzkosti, nesmělosti, pocitu ohrožení. V situaci, kdy se ocitneme mezi neznámými lidmi nás mlčení ochraňuje před negativními reakcemi na nás.

V konfliktních situacích je mlčení cestou, jak se vyhnout určitým tématům a tak zabránit vyslovení něčeho, čeho by jedna či druhá strana mohla později litovat. V těchto situacích také mlčení poskytuje prostor pro ochlazení vášní a zabrání se tím vyvrcholení konfliktu způsobem, který by pak nešlo vzít zpět.

Mlčení může sdělit emocionální reakce podobně jako oči, obličej nebo ruce. Je možno tak vyjádřit také neochotu spolupracovat nebo vzdor, rozmrzelost, zlost (včetně zkřížení paží na prsou a „přitažením nosu“). Mlčení může také vyjadřovat náklonnost, lásku, zejména ve spojitosti s dlouhými vzájemnými pohledy do očí.

Lidé mlčí také tehdy, když nemají co říci.

Kulturní odlišnosti a mlčení: v USA se na mlčení často pohlíží negativně (mlčení dekodují jako: neposlouchá, nemá nic zajímavého, nechápe diskutované téma, je lhotejný, je velmi ponořený do sebe...). Naproti tomu v Japonsku považují mlčení za vhodný způsob komunikace v mnoha situacích.

Dimenze času v komunikaci

- jedná se o využívání času - jak ho organizujeme, jak na něho reagujeme, jaká sdělení vyjadřuje. V interpersonální komunikaci jsou dva důležité aspekty:

1. Kulturní čas – existují dva typy kulturního času: formální a neformální. *Formální čas* se ve většině zemí dělí na sekundy, minuty, hodiny, dny, roky. Některé kultury ale používají ke stanovení formálního období času fáze Měsíce nebo roční doby. Formální časové jednotky tedy mohou být libovolné a každá kultura si je může stanovit tak, jak jí vyhovují. Neformální čas jsou obecně používané časové termíny jako např.: navždy, ihned, brzy, rovnou, co nejdříve... Tento čas působí nejvíce komunikačních problémů, protože tyto významy mohou být pro každého člověka jiné. Postoj k času může být v každé kultuře jiný. Významným rozdílem je monochronická a polychronická časová orientace. V monochronických kulturách (Německo, Skandinávie, USA, Švýcarsko) se lidé věnují vždy jen jedné věci, svůj čas mají rozdělený na úseky určené pro všechno, co dělají. Polychronické kultury (Latinoameričané, středozemci, Arabové) se naproti tomu věnují řadě činností najednou. Žádná kultura ale není striktně monochronická nebo striktně polychronická. Japonská a část Americké kultury obě časové orientace kombinují. Při interakci lidí různé časové orientace může vyvstat řada problémů a nedorozumění, pokud si zainteresované strany nejsou vědomy této zvláštnosti!

Monochronicky orientovaný člověk	Polychronicky orientovaný člověk
Dělá jen jednu věc	Dělá několik věcí současně
Bere časové rozvrhy a plány velmi vážně, jejich porušení omlouvá jen z nejdůležitějších důvodů	Považuje časové rozvrhy a plány za užitečné, ale nikoliv za dogma, podle jeho názoru je lze porušit z mnoha různých důvodů
Považuje práci za nejdůležitější součást svého života, dokonce za důležitější než svoji rodinu	Považuje interpersonální vztahy a rodinu za důležitější než práci
Považuje soukromí za nesmírně důležité, zřídka si sám vypůjčuje nebo půjčuje druhým, pracuje nezávisle	Udržuje aktivní kontakty s druhými, pracuje v přítomnosti s mnoha lidmi současně

Sociální hodiny jsou nesmírně zajímavým aspektem kulturního času (Neugarten, 1997). Každá kultura a užší společnost v jejím rámci udržují určitý časový rozvrh, který diktuje, kdy je správný čas udělat řadu důležitých věcí (kdy začít s někým chodit, kdy ukončit studium, kdy si koupit vlastní dům, kdy mít děti). S těmito sociálními hodinami se seznamujeme postupně od dětství a vštepujeme si je do podvědomí. Na základě sociálních hodin hodnotíme také vlastní společenský a profesionální vývoj. Jestliže jste na tom stejně se svými vrstevníky, cítíte, že se vyrovnáte ostatním, že jste schopní a jste součástí skupiny. Pokud se opozdíte, pravděpodobně zažijete pocit vlastní neschopnosti a nespokojenosti se sebou samým.

2. **Psychologický čas** – vztahuje se k významu připisovanému minulosti, současnosti a budoucnosti. Při orientaci na minulost máte minulost v obzvláštní vážnosti. Oživujete minulé časy, staré metody považujete za nejlepší. Události vidíte jako neustále opakující se koloběh, moudrost minulosti vidíte jako použitelnou i v současnosti. Při orientaci na současnost žijete přítomností, aniž byste něco plánovali do budoucnosti. Při orientaci na budoucnost žijete pro následující dobu. Časová orientace, kterou si osvojíte, závisí na našem socioekonomickém zařazení a osobních zkušenostech. Vědci tvrdí, že: „Dítě rodičů vykonávající nekvalifikovaná nebo méně kvalifikovaná povolání se obvykle zařadí do skupiny, která preferuje orientaci na přítomnost, fatalismus a hédonismus. Dítě manažerů, učitelů, nebo rodičů jiných podobných profesí se orientuje na hodnoty a strategie sloužící k dosažení úspěchů“ (Gonzales, Zimbardo, 1985). Čím více jste orientovaní na budoucnost, tím větší je předpoklad vašich vyšších příjmů v budoucnosti. Nejsilnější orientace na přítomnost je patrná mezi muži s nejnižšími příjmy. Osoby orientované na budoucnost, které pracují na svých budoucích cílech, často pohlížejí na ty, kteří jen užívají přítomnosti a neplánují budoucnost, jako na líné, nemotivované jedince. Naopak lidé orientovaní na přítomnost mohou považovat ty, kteří se orientují na budoucnost, za posedlé hromaděním bohatství, zvyšováním svého postavení. V podmínkách naší země je možno tento rozpor a vzájemné nepochopení vidět např.: mezi majoritní společností a Rómy.

Konverzace

- *má pět fází*: úvod, předběžnou informaci, vlastní záležitost, zpětnou vazbu a závěr.
- *Efektivně konverzovat* znamená přizpůsobit se situaci v těchto pěti dimenzích: otevřenost, empatie, pozitivnost, bezprostřednost, řízení interakce, působivost (expresivita), orientace na druhé.
- *Konflikt* – pro pochopení a pro efektivní zvládnutí konfliktu je důležité znát a respektovat také jeho kulturní dimenzi. Kultura ovlivňuje jak předměty sporů, tak také představy lidí o vhodnosti nebo nevhodnosti určitých strategií jejich řešení. Je např. pravděpodobné, že v kolektivistických kulturách (Ekvádor, Indonésie, Korea) se konflikty budou odehrávat v oblasti porušování kolektivních nebo skupinových norem a hodnot. Naopak v individualistických kulturách (USA, Kanada, západní Evropa) je větší pravděpodobnost výskytu konfliktů při porušení individuálních norem. Také způsob projevu konfliktu má své kulturní odlišnosti – například v Japonsku, Číně je nemyslitelné, aby došlo k zahanbení

člověka, se kterým jste ve sporu! Tato strategie zachování tváře brání použití strategií jako je osobní odmítnutí nebo slovní agresivita. V USA se naopak zase od mužů i žen očekává, že budou svá přání a své stížnosti vyjadřovat otevřeně a přímo. Kultura středního východu a Tichomoří ale odstrašují ženy od takového vyjadřování a vyžadují od nich povolný a souhlasný postoj. Rodilí Američané potlačují interpersonální konflikty tím, že se učí omezovat své emocionální projevy (Brant, 1990).

Na tomto místě ukončíme výklad interpersonální komunikace v teoretické rovině. Zbývá ještě mnohé, co nebylo zmíněno a proto si vás dovolíme odkázat na odbornou literaturu, která vám poskytne mnoho informací např. o tom, jak vést konflikt, jak ho ukončovat, jak efektivně vyjednávat, o interpersonálních vztazích apod. Základem vám může být publikace, ze které jsem čerpal při zpracování celé kapitoly *Základy mezilidské komunikace* od A.J.DeVita.

3.6.2. Komunikace s cizinci ve zdravotnickém zařízení

Komunikace je definována jako lidská schopnost užívat výrazových prostředků (slovních a neslovních) k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem v němž člověk projevuje svoje city, vůli, myšlenky a sděluje informace. (Honzák, R., 1997)

Pro každý jazyk je základním sdělovacím prostředkem řeč mluvená. Řeč psaná je sekundární formou, kterou mnoho jazyků ani nemá. Lidé dané etnické a kulturní skupiny hovoří plynule jazykem svojí skupiny, ale nemusejí ovládat jazyk kraje ve kterém žijí, případně ve kterém se momentálně nacházejí. Dostávají – li se takovíto jedinci do nemocničního zařízení a nejsou schopni na základě neznalosti jazyka vyjádřit svoje těžkosti, popsat problémy a porozumět instrukcím, dochází k neuspokojování potřeby komunikace. Tato jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací může vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších nepříznivých emočních stavů, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí, jež jsou řazeny mezi základní lidské potřeby. (Trachtová, E a kol., 1999)

Vlivem nedostatečné informovanosti prokazuje člověk také neznalost nebo neporozumění danému problému. Chybění informací nemocnému také ztěžuje adekvátní rozhodování a může vést k nedodržení léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí někdy v konečném důsledku až ke vzniku zbytečných komplikací.

Dle kodexu práv pacientů na celém světě je zakotveno právo na informace, týkající se jeho zdravotního stavu, způsobu léčby, prognózy, znalost jmen všech osob, které se na léčbě podílí. A v neposlední řadě i informace o všech rizicích, která s sebou navrhovaná léčba přináší.

I ve 3. paragrafu etického kodexu České lékařské komory se v bodu 4 uvádí: „Lékař je povinen srozumitelným způsobem, odpovědně informovat nemocného...“ (Haškovcová, H., 1994).

Je pochopitelné, že z výše uvedených důvodů se každé zdravotnické zařízení snaží vyvíjet strategie přístupu k pacientovi/ klientovi, tak aby byly maximálně uspokojeny jeho potřeby a to i v případě jedná – li se o cizince, který plně neovládá jazyk dané země v jejíž zdravotnickém zařízení se nachází. Jedná se i o jiné důvody, které nás vedou k řešení této problematiky. Jsou jimi snaha o zvýšení kvality a efektivnosti poskytované péče. Různé systémy financování nemocnic, které jsou zaváděny, jako prostředek efektivnosti a hodnocení péče, mění zdravotnická zařízení v hospodářské provozy, jejichž přežití a úspěch závisí na ekonomických kritériích. To znamená, že v budoucnosti při zpřísněných podmínkách soutěže bude hrát velkou roli efektivita a délka péče. Stejnou měrou rostou i požadavky na cílově orientovanou, efektivní komunikaci s pacientem/ klientem, stejně tak jako nutnost vybudování služeb orientovaných na pacienty/ klienty.

Péče o migranty, kteří nemluví nebo jen velmi málo mluví jazykem dané země s sebou přináší i pro zdravotnické zařízení finanční zatížení ve smyslu finančně náročných vyšetření,

prodlouženou délku pobytu z důvodů výskytu vyššího procenta komplikací v této skupině. Také časté propouštění nedostatečně poučeného pacienta, což s sebou přináší opakované hospitalizace. Domnívám se, že s globalizačními tendencemi a rozšiřováním hranic EU budeme a do určité míry jsme již nyní konfrontováni s migračními tendencemi a jejich důsledky. Můžeme očekávat, že nastane podobná situace jako ve velkých městech západní Evropy, kde je každý 5 obyvatel cizinec (Mnichov) a v nemocnici našeho externího poradce s 1300 lůžky tvoří počet dospělých pacientů cizí státní příslušnosti 15% a v oblasti dětských pacientů tvoří cizí státní příslušníci až 30%. Bohužel zdravotní pojišťovny nezohledňují práva pacientů na informace do důsledků, to znamená, že náklady spojené s nasazením tlumočnicka nehradí. To vedlo našeho externího poradce nemocnici Mnichov – Schwabing (KMS) k vypracování projektu vnitřní nemocniční tlumočnické služby a od roku 1996 i její úspěšné realizaci.

1. Naši partneři vycházeli při koncipování projektu ze skutečnosti, že zaměstnávají ve všech provozech (největší procento tvoří jedinci poskytující ošetrovatelskou péči) **cizí státní příslušníky**, kteří jsou odborníky ve svém oboru a navíc jsou schopni komunikovat v německém **jazyce**. Úroveň jazykových schopností nemusejí dokládat žádnými certifikáty, ale v komunikaci s vedoucí projektu, tato sama posoudí, splňuje – li daná osoba požadavky kladené na tlumočnicka zdravotnického zařízení. A podle toho jej zařadí do seznamu tlumočnicků, či nikoliv. Pokud je jedinec vybrán a chce tuto činnost vykonávat je mu vystaveno oprávnění k překladatelské činnosti (viz příloha č. 4)
2. U vybraných jedinců se předpokládá vysoká míra **empatie** a angažovanosti vůči krajanům, pramenící ze znalosti migračních těžkostí a prodělaných fázích kulturního šoku ve vlastním životě.
3. Využití tlumočnicků vnitřní nemocniční služby je převážně k **ústnímu tlumočení**. Existují i písemné překlady krátkých textů týkajících se návštěv na intenzivních odděleních, obsluhy automatů, hygienických opatření u pacienta s infekčním onemocněním, nápisy v ambulantních odděleních, na dětské klinice je zpracován pozdravný leták ve více jazycích, který obsahuje i položky pro získání základních údajů k rychlé diagnostice. Ústní nasazení tlumočnicka se děje na základě vzneseného požadavku. Každé oddělení má přístup k intranetu, kde je vyvěšen i seznam překladatelů vnitřní nemocniční tlumočnické služby a tím pádem si může v seznamu vyhledat tlumočnicka, kterého potřebuje a kontaktovat se přímo s ním. S informacemi zveřejněnými na intranetu musí tlumočnick souhlasit (viz příloha č. 3). Nejčastěji využívají služeb tlumočnicků lékaři (60%) za účelem odebrání anamnézy, sdělení výsledků, vysvětlení plánovaných vyšetření, získání souhlasu k operaci, či zákroku, dále pak před propuštěním pacienta do domácího léčení.
4. **Ohodnocení** tlumočnického nasazení je počítáno jako pracovní doba, která není proplacena, ale je nahrazena v podobě volna. Je pravidlem, že jeden den v roce je proplacen jako pracovní den, slouží k setkání všech členů tlumočnického týmu (viz níže).
5. **Vzdělávání**. Tlumočníci jsou před nástupem svoji činnosti instruováni vedoucí projektu (viz příloha č.1) a v pravidelných intervalech vzdělávání. Výše uvedené setkání tlumočnicků - tento den slouží ke vzdělávání tlumočnicků, kde jsou zařazeny do programu modelové situace a hraní rolí, sloužící ke zvládnutí náročných situací spojených s tlumočením, dále potom výměna zkušeností, úvahy o organizačních zlepšeních a v neposlední řadě odborné přednášky, či představení migračních zařízení a úřadů města.
6. **Vlastní tlumočení** je zahájeno tím, že se tlumočnick představí pacientovi/ klientovi i podáním ruky, objasní mu, že je zaměstnancem nemocnice a nikoliv překladatelem z povolání. A vyžádá si jeho písemný souhlas (viz. příloha č. 2). Pokud je tlumočnick nasazen v regulární pracovní době se souhlasem svého nadřízeného, musí neprodleně tomuto sdělit číslo telefonní linky na které se v průběhu tlumočení nachází. Tlumočnick si má sednout vedle osoby, která si jej k tlumočení objednala, aby viděl pacientovi do očí. Tlumočnick má trvat na přímé formulaci vět a odmítat zprostředkovanou. Tlumočnick má také právo tlumočení přerušit z několika důvodů (viz. příloha č.1 bod 4). Nasazení tlumočnicka může trvat maximálně 1 hodinu a minimálně ½ hodiny. Po ukončení tlumočení je překladatel povinen

svoje nasazení zdokumentovat (viz příloha č. 5) a tuto zprávu zaslat vedoucí projektu vnitřní poštou na ředitelství nemocnice.

V čem spočívá přínos vnitřní nemocniční tlumočnické služby?

Reakce pacientů i příbuzných na překladatelskou službu jsou velmi pozitivní a compliance se mnohdy výrazně zlepšuje již po prvním nasazení tlumočnicka. Pro lékaře představuje značnou úlevu, mohou – li se obrátit na tlumočnicka při jazykových problémech, tím mohou efektivněji pracovat, přídatná a další vyšetření mohou být volena optimálně a rychle. Stejně tak vedení nemocnice chválí optimální náklady, kterých je dosaženo prostřednictvím zlepšeného dorozumění se tedy komunikace.

Sami tlumočníci vykazují vysokou angažovanost a připravenost pomáhat. Prostřednictvím nabídky vnitřní nemocniční tlumočnické služby mohou podporu svých krajanů provádět na profesionální úrovni a dostává se jim také ocenění od svých kolegů i pacientů. Rozhovory za účasti tlumočnicka zvyšují vnímavost, interkulturní citění a kompetenci personálu.

Celkově je možné hodnotit poskytování těchto služeb jako velmi přínosné pro celé zdravotnické zařízení, což mohu říci z vlastní zkušenosti, protože jsem v uvedené nemocnici byla mimo jiné zařazena i do tlumočnických služeb.

Doporučení pro česká zdravotnická zařízení

V České republice musíme vycházet z odlišných podmínek. Nejdůležitější z nich je národnostní skladba zaměstnanců zdravotnických zařízení, která není ještě natolik různorodá jako v Německu, tam opravdu není výjimkou, když se ve službě o 4 – 6 osobách vyskytuje pouze jedna nebo dvě osoby německé národnosti. Sama jsem byla svědkem toho, jak se v jednom zdravotnickém zařízení řešila situace, že je nutné předávat službu v němčině i když je v té či oné službě převaha cizích státních příslušníků.

Prvním krokem by mělo být zvolení pracovníka nemocnice (př. z oddělení kvality) – **hlavního řešitele projektu**, který vypracuje projekt vybudování nemocniční tlumočnické služby s pevně stanovenými podmínkami. Tyto podmínky by se měly týkat toho, kdo může být zařazen do vnitřní tlumočnické služby nemocnice, úroveň znalostí cizího jazyka, která bude muset být doložena, způsobu odměňování těchto tlumočnicků, jejich kompetencí a dokumentace k tomu potřebné. Stejně tak by bylo nutné ošetřit tuto problematiku legislativně.

Navrhujeme **výběr tlumočnicků** v našich podmínkách v první linii z řad cizích státních příslušníků zaměstnanců nemocnice nebo, jedná – li se o fakultní nemocnici a ve městě se také nachází univerzita, či jiná vysoká škola, která vzdělává cizí státní příslušníky, pak se nabízí možnost výběru zahraničních studentů, případně studentů české národnosti, studující jazyky.

Dále pak je možný výběr překladatelů pro vnitřní tlumočnickou službu z řad zaměstnanců nemocnice, kteří pobývali na zahraniční stáži alespoň jeden rok a nebo se učí cizímu jazyku a mohou doložit jeho znalost a prokázat i praktické použití. Stejně tak by bylo možné spojit se s místní jazykovou školou a angažovat pro tuto práci její studenty vyšších ročníků či přímo učitele.

Ohodnocení tlumočnicků by mohlo být řešeno podobně jako u našeho externího poradce, to znamená pokud by se jednalo o zaměstnance nemocnic, formou náhradního volna. Pokud by se nejednalo o zaměstnance nemocnic, ale dobrovolníky, kteří by tlumočnickou aktivitu vykonávali bez nároku na odměnu (studenti) nebylo by potřeba shánět žádné dotace. Pokud by tuto činnost nevykonávali dobrovolníci, bylo by možná reálné získat i nějaké dotace od sociálního odboru města a nebo migračního úřadu. Ve velkých městech se také nabízí možnost získání sponzorů pro tento projekt z řad zahraničních investorů působících v regionu.

Při sestavování **dokumentace** v souvislosti s vnitřní tlumočnickou službou mohou posloužit jako výchozí, dokumenty uvedené v přílohách č.2 - 5, které je možné dle potřeby přepracovat a přizpůsobit potřebám konkrétního zdravotnického zařízení.

V začátcích zavádění projektu bude určitě nutná **podpora a odborné konzultace**, které jsem ochotna na požádání poskytnout.

3.6.2.1. Příloha č. 1 Instrukce překladatelům

Instruktionen an die Dolmetscher des hausinternen Dolmetscherdienstes Krankenhaus München-Schwabing

Instrukce překladatelům, vnitřní nemocniční tlumočnické služby Nemocnice Mnichov - Schwabing/ Německo

1. Čas překladu/ tlumočení

Nejlépe si sám domluvíte časový a obsahový rámec Vašeho tlumočnického nasazení.

Je – li to možné, naplánujte Váš termín před nebo po Vaší pracovní době, aby Vás Vaši pracovní kolegové nemuseli v práci zastupovat. (Předložte čas tlumočení Vašemu nadřízenému, který jej započítá jako pracovní dobu).

Překládáte – li v průběhu vaší pracovní doby, domluvíte se prosím předem s Vaším služebním nadřízeným a zanechtejte telefonní číslo, kde se budete v případě nouze nacházet.

2. Doba tlumočení/ započítáno jako pracovní doba

Je pravidlem, že jedno tlumočnické nasazení má trvat maximálně 1 hodinu. Musel – li byste z důvodu naléhavé situace přijít z domu, pak by se mohlo stát, že by byla doba jednoho tlumočnického nasazení překročena právě časem vynaloženým na cestu. Máte – li velmi krátké tlumočnické nasazení, můžete jako minimální pracovní dobu počítat půl hodiny.

3. Tlumočnická složka

Ke všem Vaším tlumočením si prosím vezměte Vaši tlumočnickou složku. Oprávněním k tlumočení se můžete prokázat osobě, která Vás požádala o služby. Stejně tak potřebujete formulář s instrukcemi. Dokumentaci vyplňte prosím hned po nasazení a zašlete paní, která koordinuje a vede překladatelskou službu nemocnice.

4. Vlastní tlumočení

Nejprve se prosím představte pacientovi/ příbuzným, vysvětlíte Vaše zařazení (nemocniční tlumočnick) a poproste pacienta nebo příbuzného o písemný souhlas. (Formulář „Vyjádření souhlasu pacienta/ příbuzného“)

Posaďte se nejlépe na stranu toho, pro nějž máte tlumočit, tak abyste oba mohli udržovat oční kontakt s pacientem / příbuznými.

Překládejte větu po větě. Nic nevynechávejte a nic si nepřidávejte. Nenechtejte se zmanipulovat k vykonávání pověření, jako například: „Řekněte, že.....“.

Trvejte na přímé řeči, toho kdo Vás povolal, i když tato osoba musí formulovat nepříjemné zprávy.

Přerušete tlumočení,

-máte – li otázky k obsahu, pojmy, např. nemůžete přeložit,

- cítíte – li se duchovně přetěžováni (př.: konfliktní hovory, pacient pláče,...)

-domníváte – li se, že postup toho, kdo Vás povolal, ve značné míře odporuje kulturním zvyklostem nebo hodnotám pacienta / příbuzných případě Vaším krajanům.

V takovém případě oznamte pacientovi / příbuzným, že musíte tlumočení na krátko přerušit, abyste se na něco zeptali, tak pacient ví, že nemluvíte o něm.

Překročí – li tlumočení Vaše překladatelské možnosti, máte povinnost jej přerušit. Oznamte pacientovi/ příbuzným, že není ve Vašich silách přesně a dostatečně překládat a najdete dalšího tlumočnicka pro pokračování rozhovoru.

Přesvědčte se na konci tlumočení, že jsou všechny otázky pacienta/ příbuzných dostatečně vysvětleny.

Vyskytnou – li se problémy nebo otázky v průběhu Vašeho tlumočení, co nejrychleji se poradte s paní, tel.....

5. Pracovní úraz

Úrazy v průběhu tlumočnického nasazení jsou pracovní úrazy. Utrpíte – li úraz cestou z domova do nemocnice, pro tento případ jste také pojištěni. Nahlase Váš úraz prosím neprodleně a nechejte si vystavit písemně požadavek na Vaše tlumočnické služby.

Mnichov, Leden 1996

3.6.2.2. Příloha č. 2 Údaje pacienta/ štítek:

Příjmení:

Jméno:

Datum narození.:

Evidenční číslo:

Oddělení:

Vyjádření souhlasu pacienta k nasazení vnitřní nemocniční tlumočnické služby

Já,

(Jméno pacienta/ příbuzného*)

souhlasím s tím, aby vnitřní tlumočnická služba nemocnice pro mě překládala.
Jsem si vědom toho, že tlumočení je prováděno pracovníky nemocnice a nemůže nahradit
překlad diplomovaným a právně uznaným tlumočnickem.

v....., dne

.....

Podpis

*) nehodící se škrtněte

Prosím, pošlete tento list po každém tlumočení vnitřní poštou nemocnice na vedoucí projektu
vnitřní nemocniční tlumočnické služby paní.....na ředitelství.

3.6.2.3. Příloha č. 3 Vyjádření souhlasu tlumočnicka

Formulář: Vyjádření souhlasu tlumočnicka

Vyjádření souhlasu

Protože chci být činný ve vnitřní nemocniční tlumočnické službě, souhlasím s následujícími požadavky:

1. Moje příjmení, jméno, služební telefon, stejně tak pracovní místo smějí být uveřejněny na listině vnitřní nemocniční tlumočnické služby. Spolupracovníci na mém pracovišti jsou oprávněni, v naléhavých případech poskytnout moje privátní telefonní číslo.
2. Vykonávání mých tlumočnických aktivit budu provádět s nejlepším vědomím a svědomím, vlastní odpovědností v rámci moji pracovní smlouvy. Přeruším tlumočení v situacích, v nichž bych se cítil přetížen po stránce řečové, či jiné.
3. Před zahájením každého tlumočnického nasazení, vysvětlím pacientovi/ příbuzným moji funkci a vyžádám si souhlas k moji překladatelské činnosti. Moji tlumočnickou aktivitu budu dokumentovat.
4. Pacient / příbuzný písemně potvrdí souhlas s prováděním mých tlumočnických aktivit a nebudu překládat žádné právní texty.

v....., dne

.....
(Podpis)

Údaje na listinu/ seznam vnitřní nemocniční překladatelské služby (prosím, pište čitelně!):

Příjmení, jméno	služební telefon	pracovní úsek oddělení	povolání
-----------------	---------------------	---------------------------	----------

3.6.2.4. Příloha č. 4 Oprávnění k překladatelské činnosti

Oprávnění k překladatelské činnosti v rámci vnitřní nemocniční tlumočnické služby nemocnice

.....
(Paní / Pan)

je oprávněn vykonávat překladatelské služby v nemocnici..... v rámci vnitřní nemocniční tlumočnické služby. A s tím spojený čas uvést jako pracovní dobu.

Dovolí – li situace na pracovišti, bude tlumočnickům umožněno v naléhavé situaci a po dohodě s jeho nadřízeným, krátkodobě opustit pracoviště za účelem vykonání tlumočnických aktivit.

Platí pravidlo, že tlumočnické aktivity mají být časově koordinovány s požadavky stávajícího pracoviště.

v....., dne.....

.....
Ředitel provozního
úseku

.....
Ředitel nemocnice

.....
Náměstkyně pro
ošetřovatelskou péči

3.6.2.5. Příloha č. 5 Vnitřní nemocniční tlumočnická služba

Dokumentace tlumočnického nasazení

Tlumočnice/ tlumočnick:

Jazyk:

Tlumočení pro Pacienta/ Patientku
 Rodinného příslušníka

Místo:

Datum:

Délka tlumočení: od: do:

Požadavek na tlumočení vzešel od: Lékaře
 Ošetrovatelského personálu
 Pacienta
 Příbuzných
 jiných:

Obsah rozhovoru: Diagnóza
 Léčba
 Různé těžkosti
Které?

V, dne.....

.....
Podpis

Prosím pošlete tento formulář, po každém tlumočení, vnitřní poštou na:
Ředitelství nemocnice vedoucí projektu vnitřní nemocniční tlumočnické služby
paní.....

4. Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na SZŠ a VZŠ v ČR

4.1. Analýza státních studijních plánů oboru všeobecná sestra na SZŠ a VZŠ ve vztahu k multikulturnímu ošetrovatelství

Po prostudování státních studijních plánů a osnov oboru všeobecná sestra na SZŠ a VZŠ jsme zjistili, že multikulturní problematika je přímo včleněna jen do osnov některých předmětů.

V ostatních předmětech, které se multikulturní problematiky týkají nejsou tyto informace přímo vyznačeny v osnovách. Záleží tedy pouze na jednotlivých vyučujících a předmětových komisích, zda se informace o multikulturním ošetrovatelství zařadí do výuky.

1. Předměty na SZŠ, u kterých je multikulturní problematika přímo včleněna do studijních plánů a osnov

Předměty společenskovední

Český jazyk a literatura

Obecný cíl předmětu český jazyk a literatura tvoří nedílnou součást všeobecného vzdělání a je základem rozvoje většiny klíčových dovedností a schopností, kterými by měl být žák vybaven pro zvládnutí všech vyučovacích předmětů. Výrazně ovlivňuje začleňování mladého člověka do společnosti a jeho další osobní a profesní život jednak tím, že kultivuje jeho jazykový projev a přispívá k rozvoji jeho komunikačních dovedností a schopností, jednak tím, že ovlivňuje utváření jeho hodnotové orientace a postojů, a to nejen v oblasti umělecké a kulturní, ale i společenské a mezilidské.

Základním cílem předmětu je vychovávat žáky ke sdělnému kultivovanému jazykovému projevu a podílet se na rozvoji jejich duchovního života. Vytvořený systém kulturních hodnot pomáhá formovat postoje žáka a je ochranou proti snadné manipulaci a intoleranci.

Cizí jazyk

Výuka cizím jazykům na středních odborných školách vede žáky k osvojení komunikativní kompetence v příslušných jazycích, k rozšíření celkového kulturního přehledu a přispívá k rozvoji myšlenkových procesů a samostatné duševní práce.

Výuka živým jazykům se ve významné míře podílí na intelektuálním a sociálním rozvoji osobnosti žáka, prohlubuje jeho všestranné i odborné vzdělání, obohacuje jeho poznatkové struktury, rozvíjí jeho specifické vlohy a zájmy a podmiňuje kvalitu soustavného odborného růstu

Dějepis

Obecným cílem předmětu: dějepis je v odborném školství součástí společenskovedního vzdělávání především ve studijních oborech, protože plní nezastupitelnou integrující při začleňování mladého člověka do společnosti. Je založen na poznatcích soudobých historických věd, a tak vytváří žákovo historické vědomí. Zároveň syntetizuje různorodé historické informace, s nimiž se žák ve svém životě setkává (masmédiá, umění, obecná výměna informací...) a má významnou úlohu pro rozvoj jeho občanských postojů a samostatného myšlení.

Občanská nauka

Předmět občanská nauka má výrazný výchovný charakter, není tedy předmětem převážně naukovým, i když používáme tohoto tradičního názvu. Vědomosti a zkušenosti, zprostředkované i osobní, které prostřednictvím předmětu žáci získávají, mají především pozitivně ovlivnit jejich hodnotovou orientaci a postoje.

Obecným cílem předmětu je přispět k přípravě žáků na soukromý a občanský život v demokratické společnosti a pomoci jim porozumět složitému světu, v němž budou žít. Občanská nauka má žáky vést k osobní odpovědnosti a ke kritickému myšlení jako základu pro uvážlivé a vhodné jednání v životě.

Multikulturní problematika je v osnovách přímo včleněna do těchto tématických okruhů:

1. Člověk v lidském společenství
 - 1.2. Vliv prostředí na člověka
2. Občan a demokracie
 - 2.1. Národ a stát
 - 2.2. Demokracie
 - 2.3. Ideologie
 - 2.5. Lidská práva
 - 2.11. Občan ve státě a v obci
3. Člověk a právo
 - 3.1. Občan a právo
5. Česká republika, Evropa a světové společenství
 - 5.1. Česká republika a její postavení v soudobém světě
 - 5.2. Evropská integrace
 - 5.4. Globální problémy soudobého světa
6. Filozofické a etické otázky v životě člověka
 - 6.2. Problém bytí a poznávání ve filozofii. Náboženství, náboženská víra, církev.
 - 6.4. Některé základní etické kategorie (dobro, zlo, svoboda, odpovědnost, svědomí, kategorický imperativ, autonomie, humanita, tolerance, mravní zákon, lidská důstojnost a lidská práva)

Estetická výchova

Pojetí předmětu je široké. Estetická výchova má vést k vyjádření duševního vztahu žáků ke skutečnosti, ke kultivování jejich myšlenek, citů, životního stylu a jejich jednání. Klade důraz na rozvoj zájmů, vztahově postojových vlastností a na vlastní tvůrčí aktivitu žáků.

Cílem je rozvíjet u žáků vnímavost pro krásu, schopnost hlubokého prožitku nad uměleckým dílem, fantazii, radost z vlastní tvořivosti, které formují pozorný a citlivý vztah člověka k člověku

Předměty odborné

U předmětů „Psychologie a pedagogika“, „Základy veřejného zdravotnictví“, „Ošetřovatelství“ a „Ošetřování nemocných“ není multikulturní problematika přímo součástí osnov.

2. Předměty na VZŠ, u kterých je multikulturní problematika přímo včleněna do studijních plánů a osnov

Etika v ošetrovatelství

Multikulturní problematika je uvedena v tomto předmětu v kapitole:

- 1.2. Etické směry

Cizí jazyk

Výuka cizích jazyků ve vyšším odborném studiu se podílí na odborném a specializačním vzdělávání studentů a vytváří předpoklady pro pracovní uplatnění absolventek při komunikaci s klientem, jeho rodinou, spolupracovníky, při orientaci v odborné literatuře, při zahraničních stážích a svým obsahem doplňuje profil absolventa a vytváří předpoklady pro další vzdělávání a růst v oboru.

V ostatních předmětech na VZŠ není multikulturní problematika přímo součástí učebních osnov.

4.2. Analýza současné výchovně vzdělávací praxe na SZŠ a VZŠ v ČR v oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství

Jedním z úkolů této práce bylo zmapování situace v oblasti výuky „transkulturního/multikulturního ošetrovatelství“ na SZŠ a VZŠ. Z tohoto důvodu byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden určený pro vyučující a druhý pro žáky SZŠ a studenty VZŠ. Zajímalo nás, jaká je edukační realita v oblasti multikulturního ošetrovatelství na SZŠ a VZŠ a zda jsou žáci SZŠ i studenti VZŠ oboru „Všeobecná sestra“ dostatečně připraveni pro výkon své profese v této oblasti z pohledu učitelů i žáků a studentů samotných.

4.2.1. Metodika výzkumného šetření

K výzkumu v terénu byly použity originální dotazníky, jejichž kompletní znění je uvedeno v příloze. Dotazníky obsahují položky uzavřené, polouzavřené i otevřené. Respondenty výzkumného šetření byli studenti a učitelé středních a vyšších zdravotnických škol.

1. Dotazník pro žáky SZŠ a studenty VZŠ – obsahuje 12 položek. Dotazník se skládá ze záhlaví a dvou částí. Jde o dotazník anonymní, v jehož záhlaví jsou základní třídící údaje o osobě respondenta (škola, obor, ročník, datum vyplnění). V první části odpovídali žáci a studenti na otázky týkající se jejich zájmu o jiné národnosti, etnika nebo kultury a zda na zdravotnické škole o nich získávají nějaké informace. Druhá část dotazníku byla zaměřena na odbornou praxi v nemocnici (tj. zda se žáci a studenti setkávají s klienty jiných národností, etnik nebo kultur).

Cíle

1. Zmapovat informovanost o transkulturním/multikulturním ošetrovatelství u žáků a studentů na zdravotnických školách
2. Zjistit v jakých předmětech jsou žáci a studenti seznamováni se zvláštnostmi jednotlivých národností, etnik nebo kultur.
3. Zjistit názory žáků a studentů zda informace poskytované během výuky o jednotlivých národech, etnikách nebo kulturách jsou dostačující pro výkon jejich profese.

4. Zjistit názory žáků a studentů v jaké formě a do kterých předmětů by bylo nevhodnější multikulturní problematiku zařadit
5. Zmapovat zkušenosti žáků a studentů s pacienty jiné kultury během odborné praxe.

Očekávané výsledky:

1. Předpokládáme, že žáci na SZŠ a studenti VZŠ jsou informováni o „Transkulturním/ multikulturním ošetřovatelství“ ve více jak 50%.
2. Předpokládáme, že žáci a studenti jsou o multikulturní problematice informováni především v předmětu ošetřovatelství (více jak 50% výpovědí).
3. Předpokládáme, že žáci a studenti své znalosti o této problematice vnímají jako nedostatečné (více jak 75% studentů je bude hodnotit jako nedostatečné).
4. Předpokládáme, že většina žáků SZŠ a studentů VZŠ by uvítala samostatný - nepovinný předmět k této problematice (více jak 50% studentů).
5. Žáci SZŠ a studenti VZŠ se během odborné praxe setkávají s pacienty jiných kultur (ano, odpoví více jak 50% respondentů) .

1. **Dotazník pro učitele na SZŠ a VZŠ** obsahuje 17 položek. Dotazník se skládá ze záhlaví a dvou částí. Jde o dotazník anonymní, v jehož záhlaví jsou základní třídící údaje o osobě respondenta (škola, předměty, které respondent vyučuje na SZŠ a VZŠ, datum vyplnění). V první části dotazníku respondenti odpovídali na otázky týkající se jejich zájmu o jiné národnosti, etnika nebo kultury a zda o nich předávají informace během výuky na zdravotnické škole. Druhá část byla určena pouze pro vyučující odborné praxe a byla zaměřena na to, zda se vyučující setkávají během výuky odborné praxe s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Cíle

1. Zmapovat informovanost o „Transkulturním/multikulturním ošetřovatelství“ u učitelů na SZŠ a VZŠ.
2. Zjistit, zda učitelé na SZŠ a VZŠ informují žáky o multikulturní problematice.
3. Zjistit názor vyučujících zdravotnických škol, zda žáci a studenti dostávají během výuky dostatek informací k tomu, aby mohli saturovat specifické potřeby klientů jiných národností, kultur nebo etnik.
4. Zjistit názory učitelů, jakou formou by bylo nevhodnější žáky a studenty zdravotnických škol s multikulturní problematikou seznamovat.
5. Zmapovat zkušenosti odborných učitelů s pacienty jiné kultury během odborné praxe.

Očekávané výsledky:

1. Předpokládáme, že učitelé na SZŠ a VZŠ jsou informováni o „Transkulturním/multikulturním ošetřovatelství“ (více jak 90% odpoví kladně).
2. Předpokládáme, že učitelé na zdravotnických školách považují za důležité seznamovat žáky a studenty s multikulturní problematikou (ve více jak 90%).
3. Předpokládáme, že vyučující na zdravotnické škole si myslí, že žáci a studenti nedostávají dostatek informací k tomu aby mohli uspokojovat specifické potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur (více jak 50% učitelů).
4. Předpokládáme, že většina učitelů na SZŠ i VZŠ bude pro výuku multikulturní problematiky volit jako formu výuky mezipředmětovou návaznost (více jak 50%).
5. Předpokládáme, že učitelé se během odborné praxe setkávají s klienty jiných národností, etnik nebo kultur (více jak 50% respondentů odpoví kladně).

4.2.2. Popis souboru respondentů

1. žáci SZŠ a studenti VZŠ

Vyšetřovaný soubor tvořilo 125 žáků čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol oboru všeobecná sestra a 62 studentů třetích ročníků vyšších zdravotnických škol oboru všeobecná sestra. Střední školy reprezentovali žáci: SZŠ a VZŠ Hradec Králové, SZŠ a VZŠ Karlovy Vary, SZŠ a VZŠ Znojmo, SZŠ a VZŠ Kladno a SZŠ Turnov. Vyšší odborné školy reprezentovaly studenti: SZŠ a VZŠ Hradec Králové, SZŠ a VZŠ Znojmo, SZŠ a VZŠ Kladno a VZŠ J. Podsedníka Brno.

2. učitelé na SZŠ a VZŠ

Vyšetřovaný soubor tvořilo 100 učitelů středních a vyšších zdravotnických škol. 75 učitelů odborných předmětů (z toho vzorku 30 respondentů učilo pouze na SZŠ, 30 na SZŠ i VZŠ a 15 pouze na VZŠ) a 35 učitelů společenskovedních a jazykových předmětů (z toho vzorku 20 respondentů učilo pouze na SZŠ a 15 na SZŠ a VZŠ). Jednalo se o vyučující z těchto škol: SZŠ a VZŠ Hradec Králové, SZŠ a VZŠ Karlovy Vary, SZŠ a VZŠ Znojmo, SZŠ a VZŠ Kladno, SZŠ Turnov a VZŠ J. Podsedníka Brno.

4.2.3. Sběr dat

Šetření na školách proběhlo v listopadu a začátkem prosince roku 2002. Šetření na školách proběhlo bez větších problémů. Dotazníky jsem na SZŠ a VZŠ v K. Varech zadávala sama řešitelka, o zadání ostatních dotazníků byly požádány (po předchozím vysvětlení, jaký způsobem dotazník zadávat) studentky 3. ročníku navazujícího kombinovaného studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy z PdF UP v Olomouci.

Návratnost dotazníků u žáků SZŠ byla 83%, u studentů VZŠ 82%, u učitelů odborných předmětů 75% a učitelů společenskovedních a jazykových předmětů 70%.

4.2.4. Analýza a interpretace získaných dat

Dotazník pro žáky SZŠ a studenty VZŠ

Celkem byly vyhodnoceny odpovědi 187 respondentů (125 žáků SZŠ a 62 studentů VZŠ). Každá otázka byla vyhodnocena zvlášť u žáků střední zdravotnické školy a u studentů vyšší zdravotnické školy. U jednotlivých otázek bylo provedeno porovnání odpovědí mezi žáky středních a studenty vyšších zdravotnických škol. U otázek číslo 3 a 5 nebylo toto porovnání možné vzhledem k odlišnosti učebních plánů na jednotlivých typech škol. Výsledky jsou přehledně znázorněny v tabulce a v grafu. Hodnoty v tabulce a v grafu jsou vyjádřeny v absolutních i relativních součtech.

Výsledky a zpracování dotazníků pro žáky SZŠ a studenty VZŠ

Část I.

Otázka č.1:

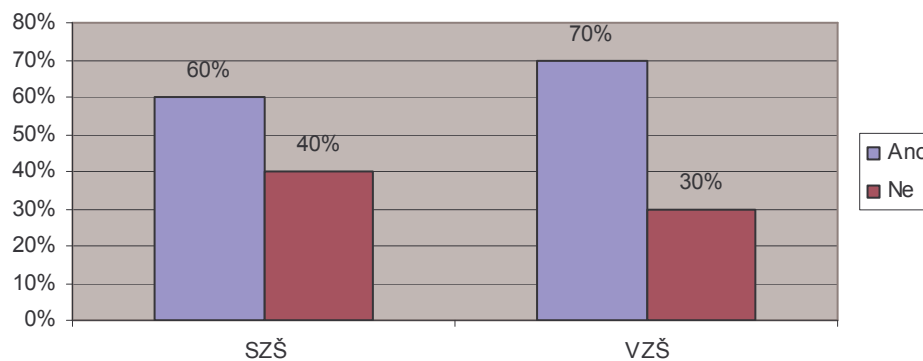
Zajímáte se o jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 1: Zájem o jiné národnosti, etnika nebo kultury

	SZŠ	VZŠ
Ano	60	70
Ne	40	30

Graf 1: Zájem o jiné národnosti, etnika nebo kultury



V otázce č. 1 odpovědělo 60% (tj. 75) žáků SZŠ a 70% (tj. 46) studentů VZŠ, že se zajímají o jiné národnosti, etnika nebo kultury. Na tuto otázku negativně odpovědělo 40% (tj. 50) žáků SZŠ a 30% (tj.16) studentů VZŠ.

Podotázka č. 1.1.

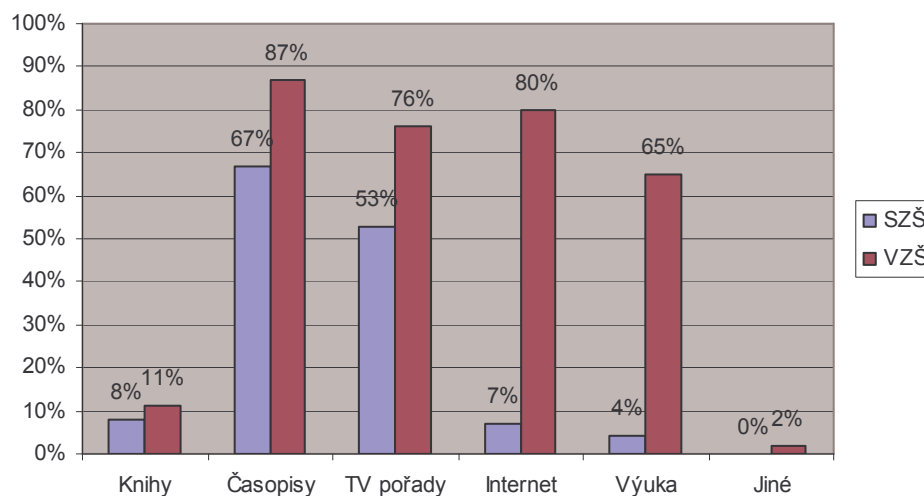
Pokud jste na otázku č.1 odpověděli „ano“ – zaškrtněte informační zdroje, které využíváte. U jednotlivých zdrojů uveďte příklady.

- a) Knihy
- b) Časopisy
- c) Televizní pořady
- d) Internet
- e) Výuka ve škole
- f) Jiné zdroje

Tabulka 1.1.: Informační zdroje

	a	b	c	d	e	f
SZŠ	8%	67%	53%	7%	7%	0%
VZŠ	11%	87%	76%	80%	65%	2%

Graf č.1.1.: Informační zdroje



Na podotázku č. 1.1. odpovídalo celkem 75 žáků SZŠ a 46 studentů VZŠ (tj. respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 1 „ano“). Všichni respondenti uvedli více zdrojů. Žáci SZŠ využívají: 67% (tj. 50) časopisy, 53% (tj. 40) televizní pořady, 8% (tj. 6) knihy, 7% (tj. 5) internet, 4% (tj. 3) výuku ve škole, 0% využívá jiné zdroje. Jako informační zdroj využívají studenti VZŠ: 87% (tj.40) časopisy, 80% (tj.37) internet, 76% (tj.35) televizní pořady, 65% (30) výuku ve škole, 11% (tj. 5) knihy, 2% (tj. 1) jiné zdroje- respondent uvedl jako jiný zdroj cestování. Z výsledků je patrný velký rozdíl mezi žáky SZŠ a studenty VZŠ ve využívání internetu (žáci SZŠ 7% a studenti VZŠ 80%) a výuky ve škole (žáci SZŠ 4% a studenti VZŠ 65%) jako informačního zdroje.

Z jednotlivých zdrojů žáci a studenti uváděli nejčastěji tyto příklady:

- Knihy: cestopisné romány
- Časopisy: 100+1 zahraničních zajímavostí, Koktejl, Lidé a země
- Televizní pořady: Zprávy , Objektiv, Cestopisné filmy
- Internet: Varianty
- Výuka : hodiny *Občanské nauky* a *Dějepis* (u žáků SZŠ), hodiny *Psychologie* a *Ošetřovatelství* (u studentů VZŠ)

Otázka č. 2

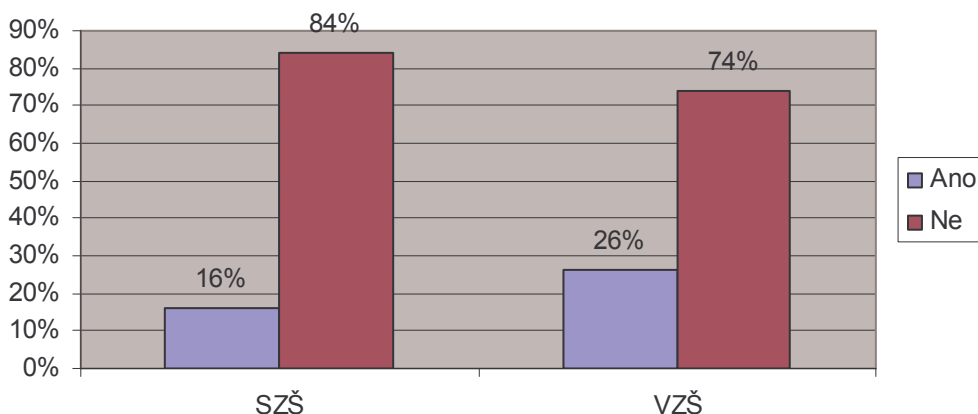
Setkala/setkal jste se s pojmem „Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství“. Pokud znáte tento pojem - napište, kde jste se s tímto pojmem setkali poprvé.

- Ano
- Ne

Tabulka 2: Znalost pojmu „Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství“

	SZŠ	VZŠ
Ano	16%	26%
Ne	84%	74%

Graf 2: Znalost pojmu "Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství"



Na otázku č.2 odpovědělo 16% (tj.20) žáků SZŠ a 26% (tj.16) studentů VZŠ, že tento pojem zná (všichni respondenti uvedli, že se tímto pojmem setkali během výuky na zdravotnické škole). Záporně odpovědělo 84% (tj. 105) žáků SZŠ a 74% (tj.46) studentů VZŠ (tj. neznalost pojmu „Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství“).

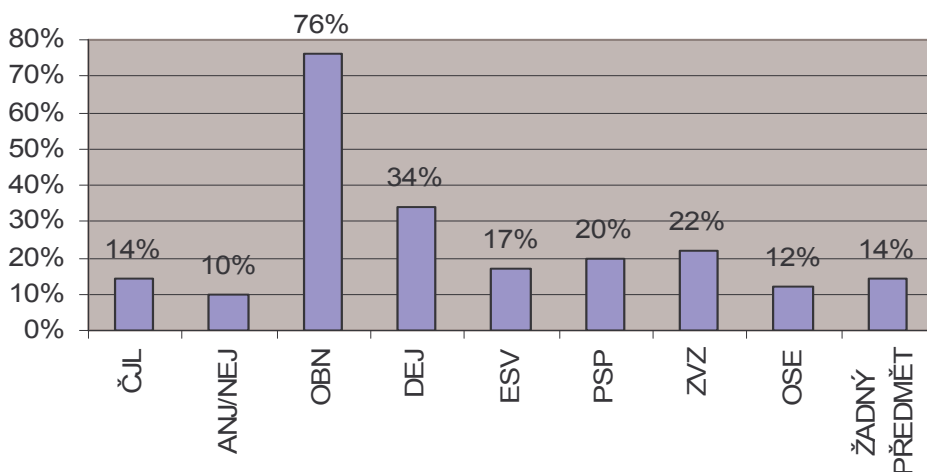
Otázka č. 3

V kterých předmětech na zdravotnické škole jste se dozvěděl/dozvěděla o jiných národech, etnických skupinách nebo kulturách?

Tabulka 3. 1.: Informace získané o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách během výuky na SZŠ

ČJL	ANJ NEJ	OBN	DEJ	ESV	PSP	ZVZ	OSE	ŽÁDNÝ PŘEDMĚT
14%	10 %	76%	34 %	17 %	20 %	22 %	12 %	14 %

Graf 3.1.: Informace získané o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách během výuky na SZŠ

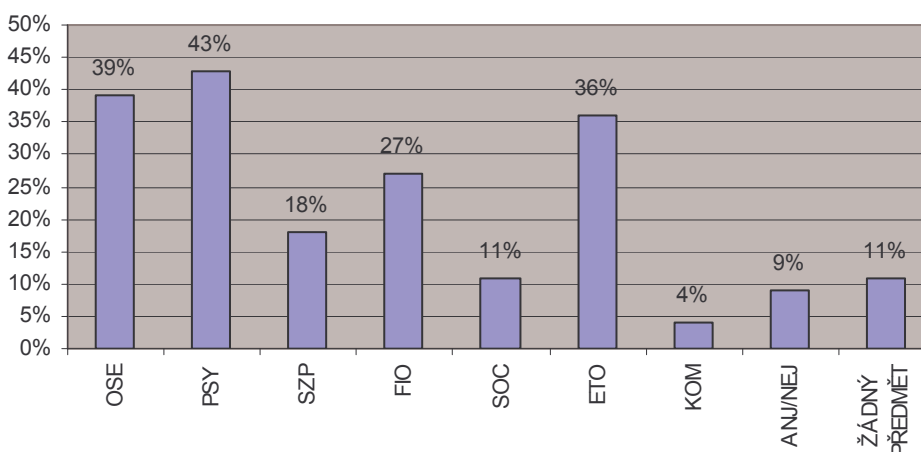


V otázce č.3 vypsalí žáci SZŠ předměty, v kterých se na zdravotnické škole dozvěděli o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách. Z výsledků vyplývá, že nejvíce informací získali v předmětu *Občanská nauka - OBN* 76% (tj. 95) žáků a v předmětu *Dějepis - DEJ* 34% (tj. 43) žáků. V ostatních předmětech uvedlo 22% (tj. 28) žáků předmět *Základy veřejného zdravotnictví - ZVZ*, 20% (tj. 25) předmět *Psychologie a pedagogika - PSP*, 17% (tj. 21) předmět *Estetická výchova - ESV*, 14% (tj. 18) předmět *Český jazyk a literatura - ČJL*, 12% (tj. 15) předmět *Ošetrovatelství - OSE*, 10% (tj. 13) předmět *Cizí jazyk - ANJ/NEJ*, 14% (tj. 18) žáků uvedlo, že v žádném předmětu nezískalo o multikulturní problematice informace.

Tabulka 3.2.: Informace získané o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách během studia na VZŠ

OSE	PSY	SZP	FIO	SOC	ETO	KOM	ANJ/NEJ	ŽÁDNÝ PŘEDMĚT
39%	43%	18%	27%	11%	36%	4%	9%	11%

Graf 3.2.: Informace získané o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách během studia na VZŠ



V otázce č.3 vypsalí studenti VZŠ předměty, ve kterých se na zdravotnické škole dozvěděli o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách. Nejvíce informací získali studenti především v předmětu *Psychologie - PSY* 43% (tj. 27) respondentů a v předmětu *Ošetrovatelství - OSE* 39% (tj. 24) respondentů. Z dalších předmětů respondenti uvedli v 36% (tj. 22) studentů předmět *Etika v ošetrovatelství - ETO*, 27% (tj.17) předmět *Filozofie v ošetrovatelství - FIO*, 18% (tj. 11) předmět *Sociální a zdravot. psychologie - SZP*, 11% (tj. 7) předmět *Sociologie - SOC*, 9% (tj. 6) v předmětu *Cizí jazyk – ANJ/NEJ* a 4% (tj. 2) předmět *Komunikace - KOM*. 11% (tj. 7) respondentů uvedlo, že v žádném předmětu nezískalo o multikulturní problematice informace.

Otázka č. 4

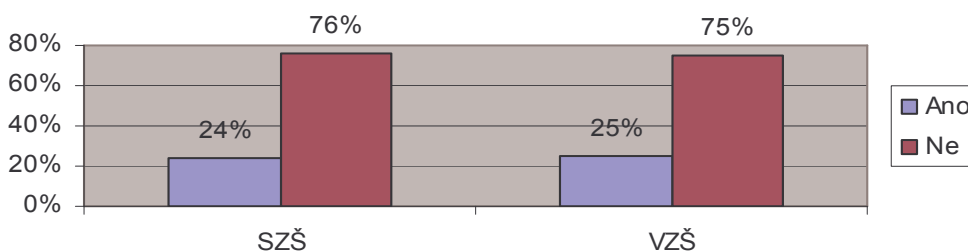
Myslíte si, že informace, které jste získali během výuky na zdravotnické škole vám poskytují dostatek informací k tomu, aby jste mohli uspokojovat potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur?

- Ano
- Ne

Tabulka 4: Dostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur

	SZŠ	VZŠ
Ano	24%	25%
Ne	76%	75%

Graf 4: Dostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur



V otázce číslo 4 uvedlo 24% (tj. 30) žáků SZŠ a 25% (tj. 16) studentů VZŠ, že si myslí, že jim zdravotnická škola poskytuje dostatek informací k tomu, aby mohli uspokojovat specifické potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur. Záporně odpovědělo 76% (tj. 95) respondentů ze SZŠ a 75% (tj. 46) respondentů z VZŠ.

Podotázka č. 4.1.

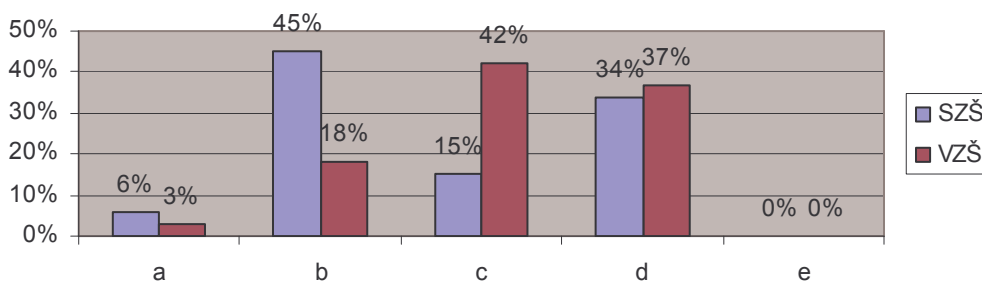
Pokud jste zaškrtnli odpověď v otázce č. 4 „ne“. Napište, v jaké formě by bylo pro vás nejvhodnější tyto informace získávat:

- a) V samostatném předmětu – povinném
- b) V samostatném předmětu – nepovinném
- c) V předmětu *Ošetřovatelství*, se zvýšenou časovou dotací na tento předmět
- d) Každý předmět (, který se svým obsahem této problematiky týká) by měl podávat informace – tzv. mezipředmětová návaznost.
- e) V jiné formě (uved'te v jaké)

Tabulka 4.1. : Nejvhodnější forma studia

	a	b	c	d	e
SZŠ	6%	45%	15%	34%	0%
VZŠ	3%	18%	42%	37%	0%

Graf 4.1.: Nejvhodnější forma studia



Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č.4 odpověděli „ne“ (tj. 95 žáků SZŠ, 46 studentů VZŠ).

Z grafu vyplývá, že podle názoru 45% (tj.43) žáků na SZŠ, by bylo nejvhodnější získávat informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách v samostatném předmětu – nepovinném, 34% (tj. 32) žáků by upřednostnilo získávat tyto informace v každém předmětu, který se svým obsahem této problematiky týká, 15% (tj.14) žáků uvedlo předmětu *Ošetřovatelství* se zvýšenou časovou dotací na tento předmět, 6% (tj. 6) žáků by dalo přednost povinnému samostatnému předmětu.

Podle názoru 42% (tj. 19) studentů VZŠ, by bylo nejvhodnější tyto informace získávat formou předmětu *Ošetřovatelství* – se zvýšenou časovou dotací na tento předmět, 37% (tj. 17) studentů by upřednostnilo získávat tyto informace v každém předmětu (, který se svým obsahem této problematiky týká), 18% (tj. 8)studentů uvedlo nepovinný samostatný předmět, 3% (tj. 2) studentů uvedlo povinný samostatný předmět.

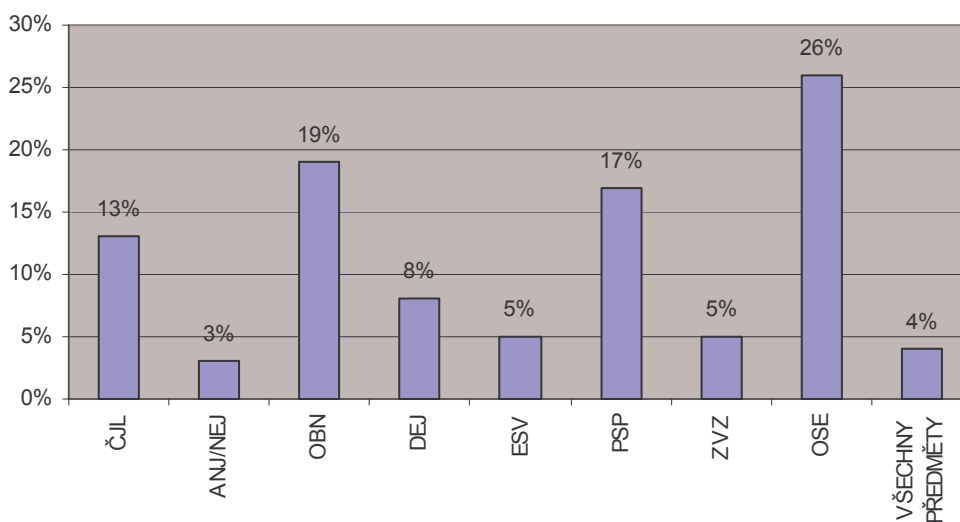
Otázka č. 5

Do jakých předmětů – podle vašeho názoru, by mohly být informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách zařazeny?

Tabulka 5.1.: Předměty, do kterých by mohly být informace o jiných národnostech,etnikách nebo kulturách zařazeny na SZŠ

ČJL	ANJ NEJ	OBN	DEJ	ESV	PSP	ZVZ	OSE	VŠECHNY PŘEDMĚTY
13%	3 %	19%	8 %	5%	17 %	5 %	26 %	4 %

Graf 5.1.: Předměty, do kterých by mohly být informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách zařazeny na SZŠ

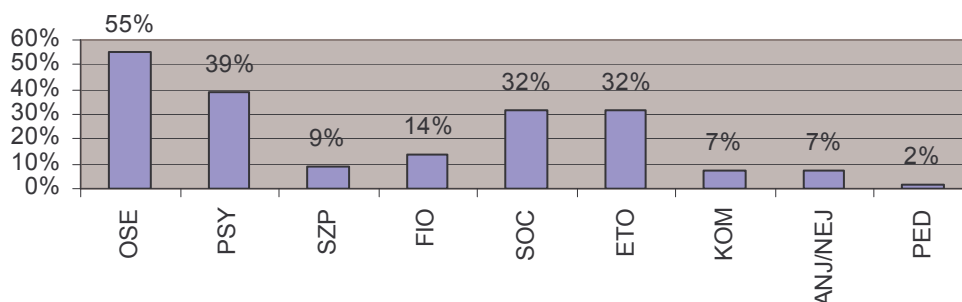


V otázce č. 5 uvedli žáci SZŠ, v jakých předmětech by podle jejich názoru měli získávat informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách. Nejvíce respondentů 26% (tj. 33) uvedlo předmět *Ošetřovatelství*, 19% (tj. 24) předmět *Občanská nauka*, 17% (tj. 21) předmět *Psychologie a pedagogika*, 13% (tj. 16) v předmětu *Český jazyk a literatura*, 8% (tj. 10) v předmětu *Dějepis*, 5% (tj. 6) v předmětech *Estetická výchova* a *Základy veřejného zdravotnictví*, 4% (tj. 5) ve všech předmětech a 3% (tj. 4) v předmětu *Cizí jazyk*.

Tabulka 5.2.: Předměty, do kterých by mohly být informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách zařazeny na VZŠ

OSE	PSY	SZP	FIO	SOC	ETO	KOM	ANJ/NEJ	PED
55%	39%	9%	14%	32%	32%	7%	7%	2%

Graf 5.2.: Předměty, do kterých by mohly být informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách zařazeny na VZŠ



V otázce č. 5 uvedli studenti VZŠ, v jakých předmětech by podle jejich názoru měli získávat informace o jiných národnostech, etnikách nebo kulturách. Nejvíce respondentů 55% (tj. 34) uvedlo předmět *Ošetřovatelství*, 39% (tj. 24) předmět *Psychologie*, 32% (tj. 20) předmět *Sociologie a Etika v ošetřovatelství*, 14 % (tj. 9) v předmětu *Filozofie v ošetřovatelství*, 9% (tj. 6) předmět *Sociální a zdravot. psychologie*, 7% (tj. 4) předmět *Komunikace a Cizí jazyk*, 2% (tj. 1) předmět *Pedagogika v ošetřovatelství*.

Část II.

Otázka č. 6

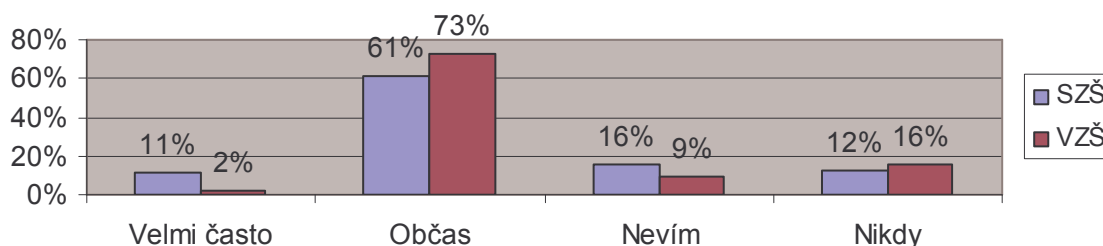
Jak často jste při odborné praxi v nemocnici v kontaktu s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury? Pokud jste s těmito klienty setkali – napište jaké byli národnosti (etnika).

- Velmi často
- Občas
- Nevím, nikdy jsem si toho nevšimla/nevšiml
- Nikdy

Tabulka 6: Kontakt s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury.

	SZŠ	VZŠ
Velmi často	11%	2%
Občas	61%	73%
Nevím	16%	9%
Nikdy	12%	16%

Graf 6: Kontakt s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury



V otázce č. 6 uváděli respondenti, jak často se během odborné praxe setkávají s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury.

S těmito klienty se setkává velmi často 11% (tj. 14) žáků SZŠ, 61% (tj. 76) občas, 16% (tj. 20) neví, jestli se s těmito klienty setkala a 12% (tj. 15) s těmito klienty ještě nesetkala.

Velmi často se s těmito klienty setkává 2% (tj. 1) student VZŠ, 74% (tj. 45) občas, 9% (tj. 6) neví, jestli se s těmito klienty setkala a 16% (tj. 10) se s těmito klienty ještě nesetkala.

Žáci SZŠ a studenti VZŠ, kteří během odborné praxe přišli do kontaktu s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury. Uvedli, že se setkali, v:

- 95% s klienty Rómské národnosti
- 60% s klienty Slovenské národnosti
- 12% s klienty Vietnamské národnosti
- 8% s klienty Ukrajinské národnosti
- 5% s klienty Německé národnosti

Podotázka č. 6.1.

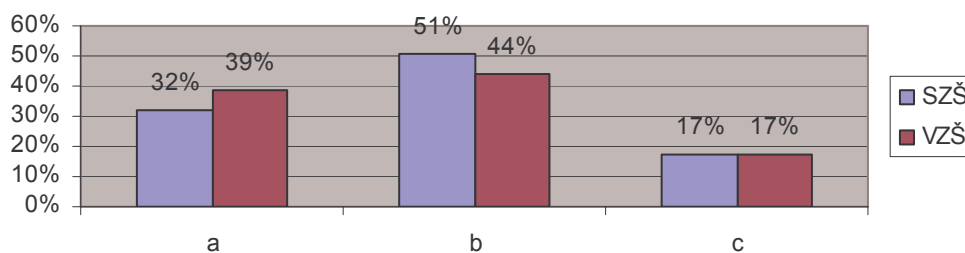
Pokud – ošetřujete takového to klienta informujete se o jeho specifických potřebách? Na tuto otázku odpovídejte, pokud jste se již setkali s klienty jiné národnosti, etnika , kultury.

- Ano
- Ano, ale pouze někdy
- Ne, nepokládám to za důležité

Tabulka 6.1.: Informace o specifických potřebách klienta

	SZŠ	VZŠ
a	32%	39%
b	51%	44%
c	17%	17%

Graf 6.1.: Informace o specifických potřebách klienta



Na podotázku č.6.1. odpovídali pouze respondenti, kteří se již setkali s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury (tj. 83 žáků SZŠ a 46 studentů VZŠ). Vždy se informují

o specifických potřebách klienta 32% (tj.26) žáků SZŠ a 39% (tj. 18) studentů VZŠ, 51% (tj. 42) žáků SZŠ a 44% (tj. 20) studentů VZŠ odpovědělo, že se informují o specifických potřebách klientů, ale pouze někdy. Nikdy se o specifických potřebách klientů neinformuje 17% (tj. 14) žáků SZŠ a 17% (tj. 8) studentů VZŠ.

Podotázka č. 6.2.

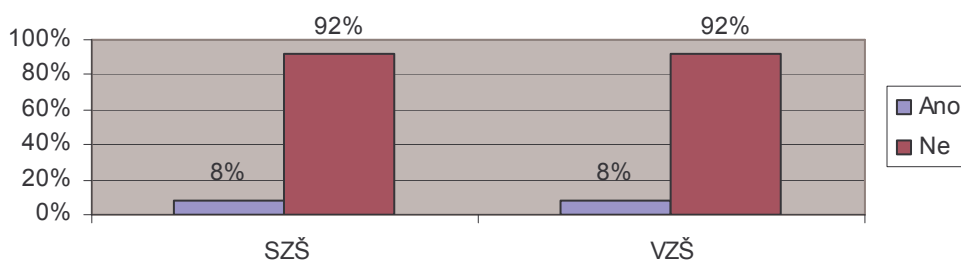
Přišla/přišel jste během výuky odborné praxe do konfliktu s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury? Na tuto otázku odpovídejte, pokud jste se již setkali s klienty jiné národnosti, etnika , kultury.

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 6.2.: Konflikt s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury

	SZŠ	VZŠ
Ano	8%	8%
Ne	92%	92%

Graf 6.2.: Konflikt s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury



Na podotázku č.6.2. odpovídali pouze respondenti, kteří se již setkali s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury (tj. 83 žáků SZŠ a 46 studentů VZŠ). Během výuky nepřišlo do konfliktu s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury 92% respondentů (tj. 76 žáků SZŠ a 42 studentů SZŠ). Zkušenost s konfliktem mezi klienty jiného etnika mělo 8% respondentů ze SZŠ i VZŠ (tj. 7 žáků SZŠ a 4 studenti VZŠ), z toho 8 respondentů uvedlo *jako důvod jazykovou bariéru* a 3 respondenti *uvedli problémy s úpravou jídelníčku klienta*.

Otázka č. 7

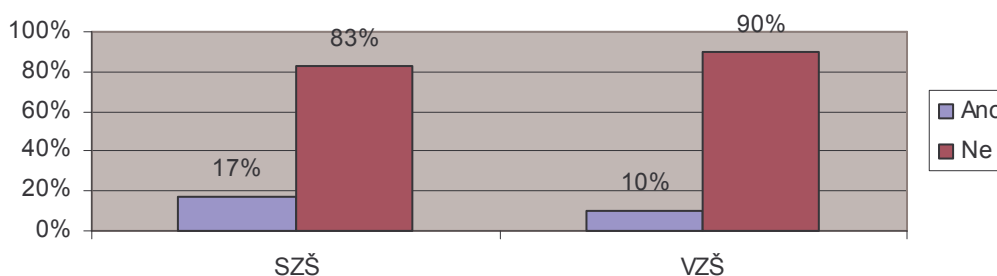
Myslíte si, že je v nemocnicích České republiky brán ohled na specifické potřeby klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- a) Ano (napište důvod)
- b) Ne

Tabulka 7: Respektování specifických potřeb klientů v nemocnicích ČR

	SZŠ	VZŠ
Ano	17%	10%
Ne	83%	90%

Graf 7: Respektování specifických potřeb klientů v nemocnicích ČR



V otázce č. 7 uvedlo 83% (tj. 104) žáků SZŠ a 90% (tj. 56) studentů VZŠ názor, že v nemocnicích ČR není brán ohled na specifické potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur. Podle názoru 17% (tj. 21) studentů SZŠ a 10% (tj. 6) studentů VZŠ jsou saturovány specifické potřeby klientů a jako důvod uvedli *možnost přivolání kněze na oddělení* (20 respondentů) a *možnost výběru stravy* (7 respondentů).

Podotázka 7.1.

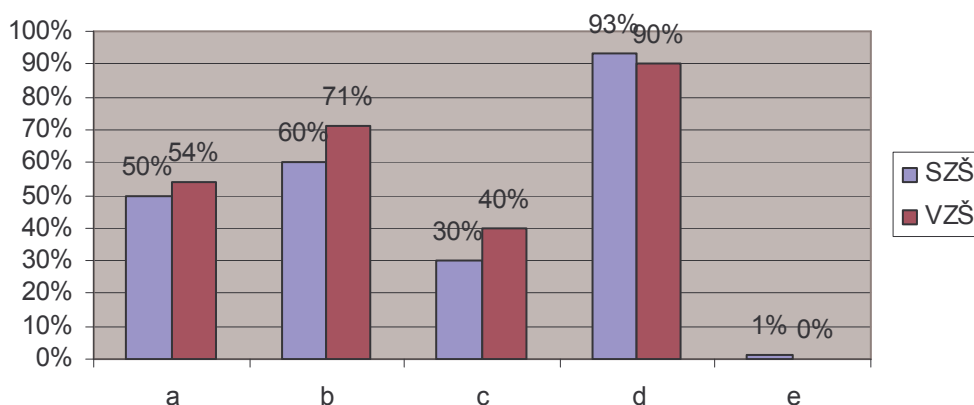
Pokud si myslíte, že není brán ohled na specifické potřeby klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury. Zaškrtněte důvody, které k této situaci vedou.

- Nedostatečná znalost této problematiky.
- Nedostatek času sester zabývat se touto problematikou.
- Nezájem sester zabývat se touto problematikou.
- Jazyková bariéra.
- Jiný důvod (jaký?).

Tabulka 7.1.: Důvody nerespektování specifických potřeb klientů

	a	b	c	d	e
SZŠ	50%	60%	30%	93%	1%
VZŠ	54%	71%	40%	90%	0%

Graf 7.1.: Důvody nerespektování specifických potřeb klientů



Na otázku 7.1. odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 7 uvedli názor, že v nemocnicích ČR není brán ohled na specifické potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur (tj. 104 žáků SZŠ a 56 studentů VZŠ). Respondenti měli možnost zaškrtnout více možností. Z výsledků vyplývá, že 50% (tj. 55) žáků SZŠ uvedlo jako důvod nedostatečnou znalost této problematiky, 60% (tj. 62) nedostatek času sester zabývat se touto problematikou, 30% (tj. 31) nezájem sester zabývat se touto problematikou, 93% (tj. 98) jazykovou bariéru, 1% (tj. 1) respondent uvedl jako jiný důvod rasismus.

Studenti VZŠ odpovídali takto: 54% (tj. 30) respondentů uvedlo jako důvod nedostatečnou znalost této problematiky, 71% (tj. 40) nedostatek času sester zabývat se touto problematikou, 40% (tj. 22) nezájem sester zabývat se touto problematikou, 90% (tj. 50) jazykovou bariéru, jiný důvod neuvedl žádný respondent.

Dotazník pro vyučující na SZŠ a VZŠ

Celkem byly vyhodnoceny odpovědi 100 respondentů. Učitelů odborných předmětů bylo celkem 75 (35 vyučovalo na SZŠ, 35 na SZŠ i VZŠ a 15 na VZŠ). Učitelů společenských předmětů bylo 35 (20 vyučovalo na SZŠ a 15 na SZŠ i VZŠ). Každá otázka byla vyhodnocena zvlášť u učitelů odborných předmětů a učitelů společenských a jazykových předmětů. U podotázky 4.1. toto porovnání nebylo provedeno. U otázek číslo 4 a 5 je srovnání odpovědí mezi učiteli na SZŠ a VZŠ. Na druhou část dotazníku odpovídali jen vyučující odborných předmětů. Výsledky jsou znázorněny přehledně v tabulce a v grafu. Hodnoty v tabulce a v grafu jsou vyjádřeny v absolutních i relativních součtech.

Výsledky a zpracování dotazníků pro učitele na SZŠ a VZŠ

Část I.

Otázka č.1:

Zajímáte se o jiné národnosti, etnika nebo kultury?

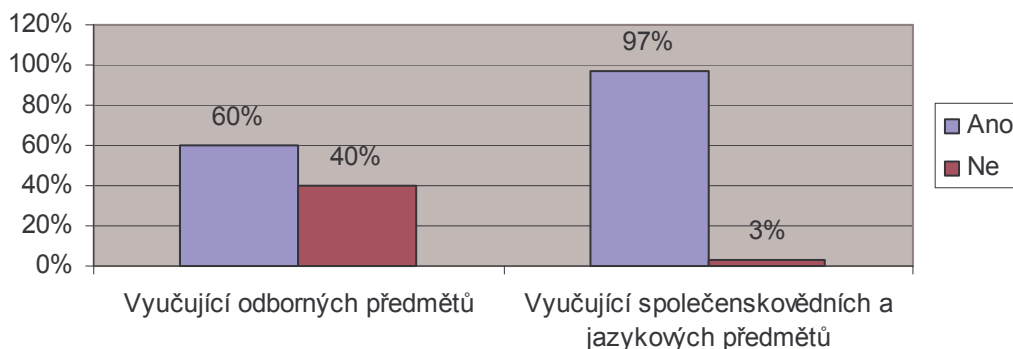
c) Ano

d) Ne

Tabulka 1: Zájem o jiné národnosti, etnika nebo kultury

	Vyučující odborných (ošetřovatelských) předmětů	Vyučující společenských a jazykových předmětů
Ano	60%	97%
Ne	40%	3%

Graf 1: Zájem o jiné národnosti, etnika nebo kultury



V otázce č. 1 uvedlo 60% (45) vyučujících odborných předmětů, že se zajímá o jiné národnosti, etnika nebo kultury a zájem též potvrdilo i 97% (tj. 34) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů. Touto problematikou se nezabývá 40% (tj. 30) vyučujících odborných předmětů a 3% (tj. 1) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů.

Podotázka č.1 .1:

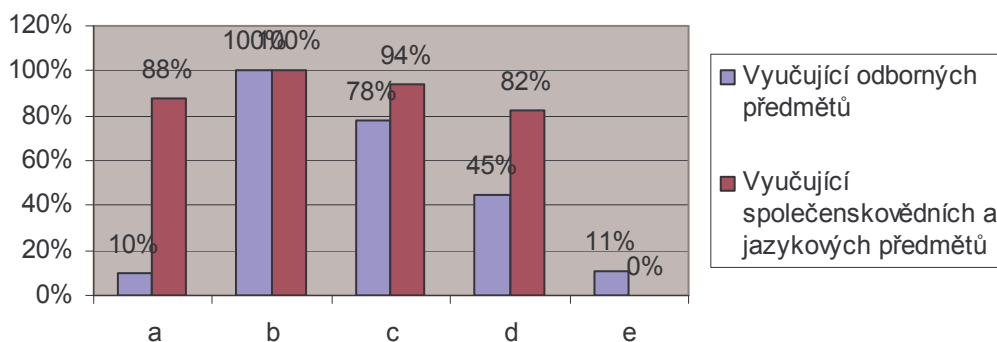
Pokud jste na otázku č.1 odpověděli „ano“ – zaškrtněte informační zdroje, které využíváte. U jednotlivých zdrojů uveďte příklady.

- a) Knihy
- b) Časopisy
- c) Televizní pořady
- d) Internet
- e) Informace z konferencí
- f) Jiné (uved'te jaké)

Tabulka 1.1.: Informační zdroje

	a	b	c	d	e	f
Vyučující odborných předmětů	10%	100%	78%	45%	11%	22%
Vyučující společenskovedních a jazykových předmětů	88%	100%	94%	82%	0%	0%

Graf 1.1.: Informační zdroje



Na podotázku č. 1.1. odpovídalo celkem 45 vyučujících odborných předmětů a 34 vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů (tj. respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 1 „ano“). Všichni respondenti uvedli více zdrojů.

Vyučující odborných předmětů využívají: 10% (tj. 22) knihy, 100% (tj. 45) časopisy, 78% (tj. 35) televizní pořady, 45% (tj. 20) internet, 11% (tj. 5) informace z konferencí, 22% (tj. 10) jiné zdroje (všichni respondenti uvedli studium na vysoké škole).

Vyučující společenskovedních a jazykových předmětů: 88% (tj. 34) knihy, 100% (tj. 34) časopisy, 94% (tj. 32) televizní pořady, 82% (tj. 28) internet, žádný respondent nevedl informace z konferencí nebo jiné zdroje.

Z jednotlivých zdrojů vyučující uváděli nejčastěji tyto příklady:

- Knihy: odbornou literaturu, cestopisné romány
- Časopisy: Sestra, JAMA, 100+1 zahraničních zajímavostí, Koktejl, Lidé a země, Medium
- Televizní pořady: Objektiv, Cestopisné filmy, Zprávy
- Internet: Varianty, Tolerance, Dzeno, Dingir
- Informace z konferencí - ošetrovatelské
- Jiné zdroje: studium na vysoké škole

Otázka č. 2

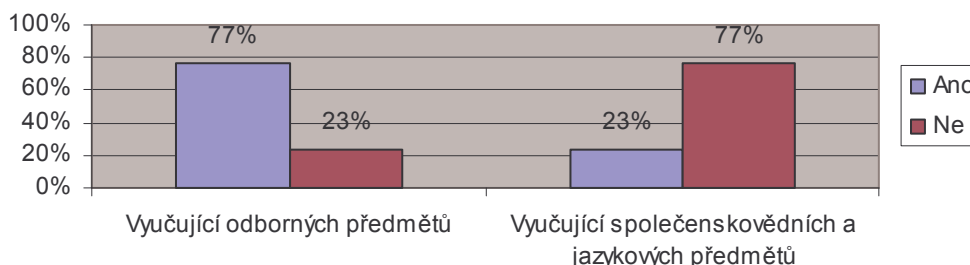
Setkala/setkal jste se s pojmem „Transkulturní/multikulturní ošetrovatelství“. Pokud znáte tento pojem - napište, kde jste se s tímto pojmem setkali poprvé.

- Ano
- Ne

Tabulka 2: Znalost pojmu „Transkulturní/multikulturní ošetrovatelství“

	Vyučující odborných předmětů	Vyučující společenskovedních a jazykových předmětů
Ano	77%	23%
Ne	23%	77%

Graf 2: Znalost pojmu "Transkulturní/multikulturní ošetrovatelství"



S pojmem „Transkulturní a multikulturní ošetrovatelství“ se již setkala 77% (tj. 56) vyučujících odborných předmětů a 23% (tj. 8) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů. S tímto pojmem se seznámilo: 23 vyučujících během studia na vysoké škole, 15 vyučujících při studiu odborné literatury, 12 vyučujících od své kolegyně, 5 vyučujících během konferencí, 4 vyučující během zahraniční stáže, 1 vyučující při projektu Socrates – Comenius. S tímto pojmem se ještě nikdy nesešlo 23% (tj. 19) vyučujících odborných předmětů a 73% (tj. 27) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů.

Otázka č. 3

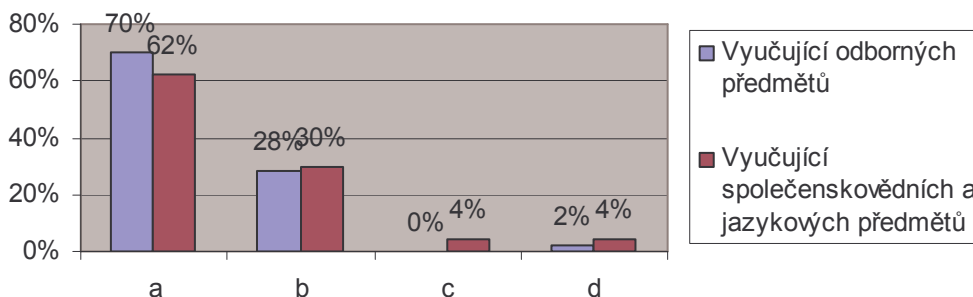
Myslíte si, že je potřeba seznamovat žáky SZŠ a studenty VZŠ se specifiky jiných národností, etnik nebo kultur?

- a) Ano, je to velmi důležité.
- b) Ano, ale jenom okrajově (v našich podmínkách to není moc důležité)
- c) Ne, nepokládám to vůbec za důležité
- d) Nevím

Tabulka 3: Potřeba seznamovat žáky a studenty se specifiky jiných národností, etnik nebo kultur

	Vyučující odborných předmětů	Vyučující společenskovedních a jazykových předmětů
a	70%	62%
b	28%	30%
c	0%	4%
d	2%	4%

Graf 3: Potřeba seznamovat žáky a studenty se specifiky jiných národností, etnik nebo kultur



V otázce číslo 2 si myslí 70% (tj. 52) vyučující odborných předmětů a 62% (tj. 22) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů, že je velmi důležité seznamovat žáky SZŠ a studenty VZŠ se specifiky jiných národností, etnik nebo kultur. Pouze okrajově by žáky a studenty seznamovalo 28% (tj. 21) vyučující odborných předmětů a 30% (tj. 11) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů, jelikož si myslí, že to v našich podmínkách není moc důležité. Odpověď na tuto otázku neví 2% (tj. 2) vyučující odborných předmětů a 4% (tj. 1) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů.

Otázka č. 4

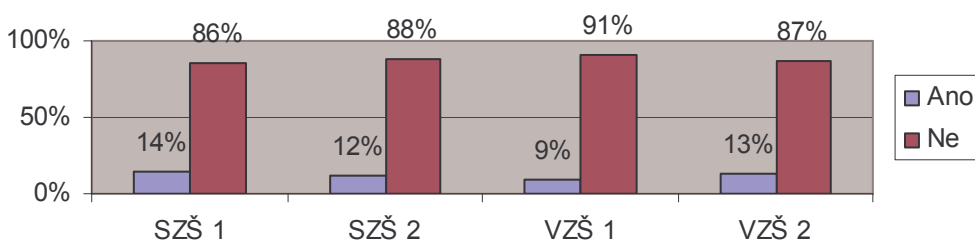
Myslíte si, že informace, které získávají žáci a studenti během výuky na zdravotnické škole jim poskytují dostatek informací k tomu, aby mohli uspokojovat potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur? (Pokud vyučujete na SZŠ i VZŠ a váš názor je odlišný pro jednotlivé typy škol, tak prosím k jednotlivým zaškrtnutým odpovědím připište SZŠ, VZŠ.)

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 4: Dostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur

	SZŠ 1	SZŠ 2	VZŠ 1	VZŠ 2
Ano	14%	12%	9%	13%
Ne	86%	88%	91%	87%

Graf 4: Dostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur



Vysvětlivky:

- SZŠ 1 – vyučující odborných předmětů
- SZŠ 2 – vyučující společenskovedních a jazykových předmětů
- VZŠ 1 - vyučující odborných předmětů
- VZŠ 2 - vyučující společenskovedních a jazykových předmětů

Na otázku číslo 4 odpovídalo 60 učitelů odborných předmětů na SZŠ, 45 učitelů odborných předmětů na VZŠ, 35 učitelů společenskovedních a jazykových předmětů na SZŠ a 15 učitelů společenskovedních a jazykových předmětů na VZŠ.

Na SZŠ si myslí 14% (tj. 8) vyučujících odborných předmětů, že žáci na zdravotnické škole získávají dostatek informací; 86% (tj. 52), že žáci mají nedostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Na SZŠ se shodlo 12% (tj. 4) vyučujících společenskovedních předmětů, že žáci na zdravotnické škole získávají dostatek informací; 88% (tj. 31), že žáci mají nedostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Na VZŠ 9% (tj. 4) vyučujících odborných předmětů uvedlo, že studenti na zdravotnické škole získávají dostatek informací; 91% (tj. 41), že studenti mají nedostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Na VZŠ 13% (tj. 2) vyučujících společenskovedních předmětů zastává názor, že studenti na zdravotnické škole získávají dostatek informací; 87% (tj. 13), že studenti mají nedostatek informací k uspokojování specifických potřeb klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Podotázka č. 4.1.

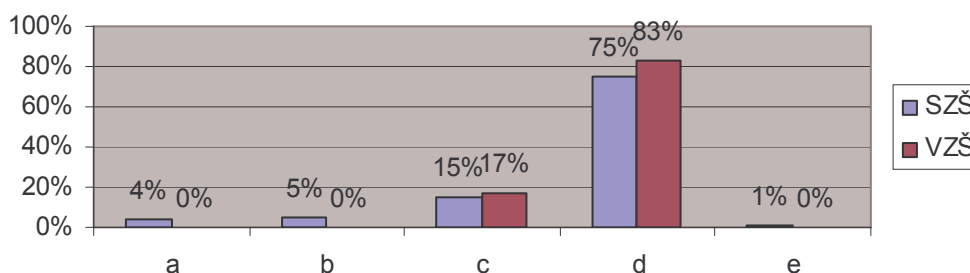
Pokud jste odpověděli v otázce č. 4 „ne“. Zaškrtněte, v jaké formě by podle vašeho názoru měli žáci a studenti tyto informace získávat. (Pokud vyučujete na SZŠ i VZŠ a máte odlišný názor pro jednotlivé typy škol, tak prosím k zaškrtnutým možnostem připište SZŠ, VZŠ.)

- V samostatném předmětu – povinném
- V samostatném předmětu – nepovinném
- V předmětu ošetrovatelství, se zvýšenou časovou dotací na tento předmět
- Každý předmět (, který se svým obsahem této problematiky týká) by měl podávat informace – tzv. mezipředmětová návaznost
- V jiné formě (v jaké?)

Tabulka 4.1.: Nejvhodnější forma studia

	SZŠ	VZŠ
a	4%	0%
b	5%	0%
c	15%	17%
d	75%	83%
e	1%	0%

Graf 4.1.: Nejvhodnější forma studia



Na podotázku číslo 4.1. odpovídali pouze učitelé, kteří v otázce číslo 4 odpověděli „ne“ (tj. celkem 83 učitelů na SZŠ a 54 učitelů na VZŠ). S názorem, že by žáci na SZŠ měli získávat informace v samostatném povinném předmětu se ztotožňuje 4% (tj. 3) vyučujících SZŠ, samostatný nepovinný předmět by upřednostnilo 5% (tj. 4) vyučujících SZŠ. Předmět *Ošetřovatelství* – se zvýšenou časovou dotací by pro tuto problematiku zvolilo 15% (tj. 13). Většina vyučujících – 75% (tj. 62) se však přiklání k názoru, že tyto informace by měly být poskytovány žákům v každém předmětu, který se svým obsahem této problematiky týká – tzv. mezipředmětová návaznost. Formu besedy jako jinou možnost uvedlo 1% (tj. 1) vyučujících na SZŠ.

V předmětu *Ošetřovatelství* – se zvýšenou časovou dotací by informace poskytovalo 17% (tj. 9) vyučujících VZŠ. Většina vyučujících VZŠ 83% (tj. 45) uvedla, že každý předmět, který se svým obsahem této problematiky týká by měl podávat informace – tzv. mezipředmětová návaznost.

Otázka č. 5

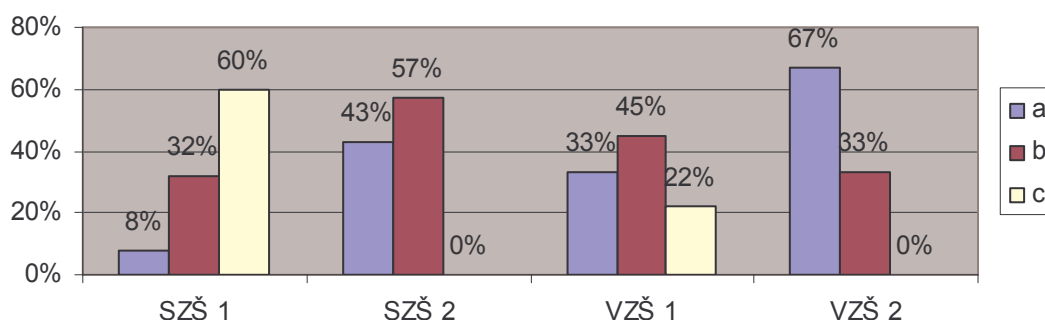
Přiřazujete do výuky informace o jednotlivých národnostech, etnikách nebo kulturách? (Pokud vyučujete na SZŠ i VZŠ a u jednotlivých typů škol tyto informace poskytnete odlišně, tak k zaškrtnutým možnostem připište SZŠ, VZŠ.)

- Ano, pokládám to za důležité.
- Ano, ale jenom částečně.
- Ne

Tabulka 5: Poskytování informací během výuky

	SZŠ 1	SZŠ 2	VZŠ 1	VZŠ 2
a	8%	43%	33%	67%
b	32%	57%	45%	33%
c	60%	0%	22%	0%

Graf 5: Poskytování informací během výuky



Vysvětlivky:

- *SZŠ 1 – vyučující odborných předmětů*
- *SZŠ 2 – vyučující společenskovedních a jazykových předmětů*
- *VZŠ 1 - vyučující odborných předmětů*
- *VZŠ 2 - vyučující společenskovedních a jazykových předmětů*

Na otázku č. 5 odpovídalo celkem 60 vyučujících odborných předmětů na SZŠ, 45 vyučujících odborných předmětů na VZŠ, 35 vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů na SZŠ a 15 vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů na VZŠ.

Z odborných učitelů na SZŠ: 8% (tj.5) pokládá za důležité poskytovat žákům informace o jednotlivých národnostech, etnikách nebo kulturách, 32% (tj. 19) tyto informace poskytuje žákům jen částečně, 60% (tj.36) tyto informace žákům nepodává.

Z učitelů společenskovedních a jazykových předmětů na SZŠ: 43% (tj. 15) pokládá za důležité poskytovat žákům informace o jednotlivých národnostech, etnikách nebo kulturách, 57% (tj. 20) tyto informace poskytuje žákům jen částečně.

Z odborných učitelů na VZŠ: 33% (tj. 15) pokládá za důležité poskytovat studentům informace o jednotlivých národnostech, etnikách nebo kulturách, 45% (tj. 20) tyto informace poskytuje studentům jen částečně, 22% (10) tyto informace studentům nepodává.

Z učitelů společenskovedních a jazykových předmětů na VZŠ: 67% (tj. 10) pokládá za důležité poskytovat studentům informace o jednotlivých národnostech, etnikách nebo kulturách, 33% (tj. 5) tyto informace poskytuje studentům jen částečně.

II. ČÁST – tato část dotazníku je určena jen pro vyučující odborné praxe

Otázka č. 6

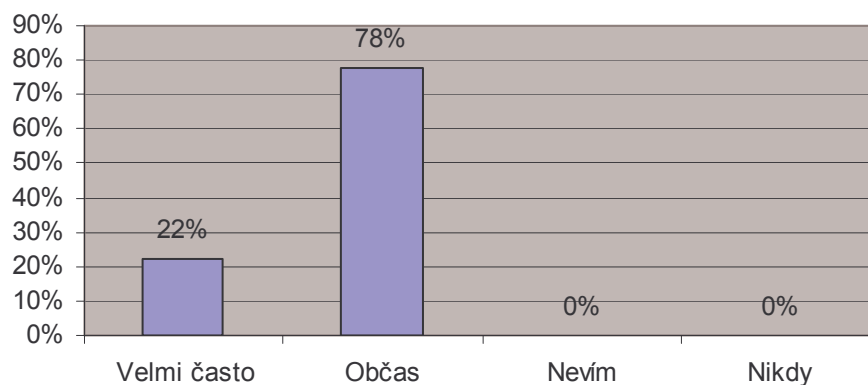
Jak často se setkáváte při odborné praxi v nemocnici s pacienty jiné národnosti, etnika, kultury? Pokud jste s těmito klienty setkali – napište jaké byli národnosti (etnika).

- Velmi často
- Občas
- Nevím, nikdy jsem si toho nevšimla/nevšiml
- Nikdy

Tabulka 6: Kontakt s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury.

Velmi často	22%
Občas	78%
Nevím	0%
Nikdy	0%

Graf 6: Kontakt s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury



Během odborné praxe se všichni vyučující setkali s pacienty jiné národnosti, etnika nebo kultury: 22% (tj.17) velmi často a 78% (tj. 83) občas.

Vyučující uvedli, že se během odborné praxe setkali, v:

- 100% s klienty Rómské národnosti
- 95% s klienty Slovenské národnosti
- 45% s klienty Vietnamské národnosti
- 30% s klienty Ukrajinské národnosti
- 15% s klienty Německé národnosti

Podotázka 6.1.

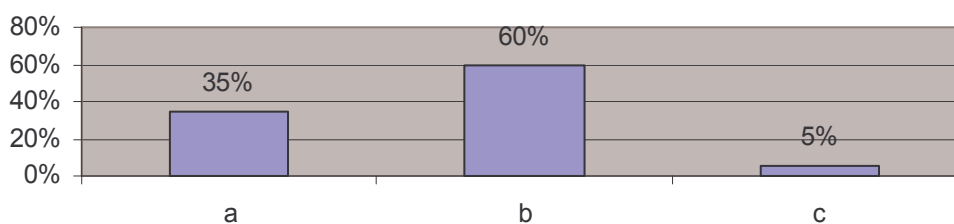
Pokud během odborné praxe ošetřujete klienta jiné národnosti, etnika nebo kultury informujete se o jeho specifických potřebách?

- a) Ano
- b) Ano, ale pouze někdy
- c) Ne, nepokládám to za důležité

Tabulka 6.1.: Informace o specifických potřebách klienta

a	35%
b	60%
c	5%

Graf 6.1.: Informace o specifických potřebách klienta



O specifických potřebách klienta jiné národnosti, etnika nebo kultury se informuje vždy 35% (tj. 26) vyučujících, 60% (tj. 45) vyučujících pouze někdy a 5% (tj. 4) vyučující to nepokládá za důležité.

Podotázka 6.2.

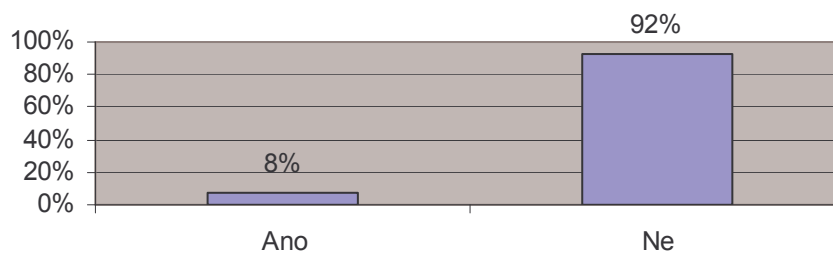
Přišla/přišel jste během výuky odborné praxe do konfliktu s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 6.2.: Konflikt s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury

Ano	8%
Ne	92%

Graf 6.2.: Konflikt s klientem jiné národnosti etnika nebo kultury



Do konfliktu s klientem jiné národnosti, etnika nebo kultury přišlo během odborné praxe 8% (tj. 6) vyučujících. Důvodem tohoto konfliktu bylo ve třech případech slovní napadení vyučující a studentů ze strany Rómských klientů, ve dvou případech se konflikt týkal nespokojenosti se stravou dle přání klienta, v jednom případě se jednalo o podvod se zdravotním pojištěním u Vietnamského občana.

Otázka č. 7

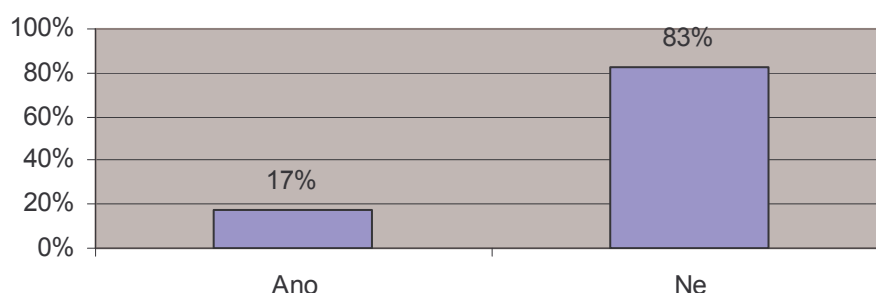
Myslíte si, že je v nemocnicích České republiky brán ohled na specifické potřeby klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- a) Ano (napište důvod)
- b) Ne

Tabulka 7: Respektování specifických potřeb klientů v nemocnicích ČR

Ano	17%
Ne	83%

Graf 7: Respektování specifických potřeb klientů v nemocnicích ČR



Dle názoru 17% (tj. 13) vyučujících je v nemocnicích České republiky brán ohled na specifické potřeby klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury. Všechny 13 vyučujících jako důvod uvedlo: zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. Negativně se k této otázce vyjádřilo 83% (tj. 62) vyučujících.

Podotázka 7.1.

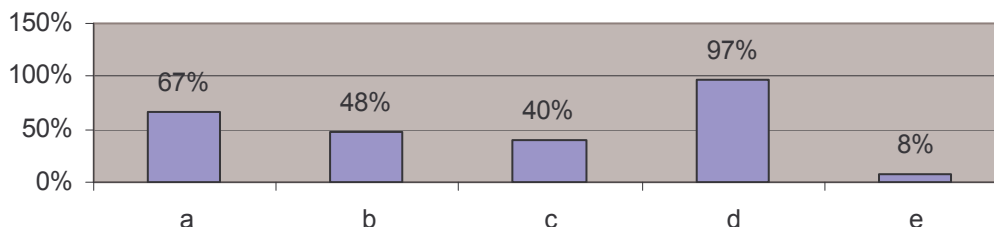
Pokud si myslíte, že není brán ohled na specifické potřeby klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury. Zaškrtněte důvody, které k této situaci vedou.

- a) Nedostatečná znalost této problematiky.
- b) Nedostatek času sester zabývat se touto problematikou.
- c) Nezáměr sester zabývat se touto problematikou.
- d) Jazyková bariera.
- e) Jiný důvod (uveďte jaký).

Tabulka 7.1.: Důvody nerespektování specifických potřeb klientů

a	b	c	d	e
67%	48%	40%	97%	8%

Graf 7.1.: Důvody nerespektování specifických potřeb klientů



Na podotázku číslo 7.1. odpovídalo 62 odborných vyučujících (tj. těch, kteří v otázce číslo 7 odpověděli „ne“). V této podotázce bylo možné zaškrtnout více možností.

Nerespektování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur z důvodu nedostatečné znalosti této problematiky uvedlo 67% (tj. 40) respondentů. Důvod nedostatek času sester zabývat se touto problematikou předpokládá 48% (tj. 30) respondentů. K nezáměru sester

zabývat se touto problematikou se přiklání 40% (25) respondentů. Jazykovou bariéru uvádí 97% (tj. 60) a jiný důvod 8% (tj. 5) - 3 vyučující uvedli nemožnost vykonávat náboženské obřady a nedostatek soukromí, 1 vyučující rasismus, 1 vyučující jako důvod uvedl nedostatečnou motivaci personálu v této oblasti vedoucími pracovníky.

4.2.5. Interpretace výsledků a jejich porovnání s předpokládaným očekáváním

Dotazník pro žáky SZŠ a studenty VZŠ

Očekávané výsledky

č.1

Předpokládáme, že žáci SZŠ a studenti VZŠ jsou informováni o „Transkulturním/multikulturním ošetřovatelství“ ve více jak 50%.

Tato první hypotéza se **nepotvrdila**. Ze 125 žáků SZŠ bylo o „Transkulturním/multikulturním ošetřovatelství“ informováno pouze 20 žáků (tj. **16%**) a z 62 studentů VZŠ jich bylo informováno 16 (tj. **26%**).

č.2

Předpokládám, že žáci SZŠ a studenti VZŠ jsou o multikulturní problematice informováni především v předmětu Ošetřovatelství (více jak 50% výpovědí).

Druhá hypotéza se **nepotvrdila u žáků SZŠ**. Pouze 15 (tj. **12%**) žáků SZŠ získalo informace o multikulturní problematice v předmětu *Ošetřovatelství*. Nejvíce informací získali v předmětu *Občanská nauka*, což uvedlo 95 (tj. 76%) žáků. O této problematice se v žádném předmětu na SZŠ nedozvědělo 18 žáků (14 %).

Tato hypotéza se **nepotvrdila** ani u studentů **VZŠ**. O multikulturní problematice získalo informace v předmětu *Ošetřovatelství* 24 (**39%**) respondentů. Nejvíce informací studenti na VZŠ získali v předmětu *Psychologie* 27 (tj. **43%**) respondentů. V žádném předmětu nezískalo informace o multikulturní problematice 7 (tj. 11%) respondentů.

č.3

Předpokládáme, své že žáci SZŠ i studenti VZŠ znalosti o multikulturní problematice vnímají jako nedostatečné (více jak 75% studentů je bude hodnotit jako nedostatečné).

Třetí hypotéza se **potvrdila**. 95 (tj. 76%) žáků SZŠ a 46 (tj. přesně 75%) studentů VZŠ si myslí, že informace, které o multikulturní problematice získali během studia nejsou dostatečné pro kvalitní uspokojování potřeb klientů jiné národnosti, etnika nebo kultury.

č. 4

Předpokládáme, že většina žáků SZŠ a studentů VZŠ by uvítala samostatný – nepovinný předmět k této problematice (více jak 50% studentů).

Hypotéza č. 4 se **nepotvrdila u žáků SZŠ**, i když 43 (tj. **45%**) respondentů by si vybralo jako nejvhodnější formu samostatný – nepovinný předmět. Výsledek nepřesáhl hranici nadpoloviční většiny této volby zúčastněnými respondenty.

Tato hypotéza se **nepotvrdila ani u studentů VZŠ**. 19 (42%) respondentů by jako nejvhodnější formu zvolilo předmět *Ošetřovatelství* se zvýšenou časovou dotací na tento předmět.

č. 5

Žáci SZŠ i studenti VZŠ se během odborné praxe setkávají s klienty jiných národností, etnik a kultur (ano, odpoví více jak 50% respondentů) .

Tato hypotéza se **potvrdila**. Během odborné praxe se těmito klienty setkala: 90 (tj. **72%**) žáků SZŠ a 46 (tj. **74%**) studentů VZŠ.

Dotazník pro vyučující na SZŠ a VZŠ

Očekávané výsledky

č. 1

Předpokládáme, že učitelé na SZŠ a VZŠ jsou informovaní o „Transkulturním/multikulturním ošetrovatelství“ (více jak 90% odpoví kladně).

Tato hypotéza se **nepotvrdila** u vyučujících odborných předmětů. I když s „Transkulturním / multikulturním ošetrovatelství“ je seznámeno 56 (tj. **77%**) odborných učitelů, což je procento, které vypovídá o tom, že **většina odborných učitelů povědomí o sledované problematice** má. Nic ale nevypovídá o tom, jak rozsáhlé tyto informace jsou a zda by byli schopni tuto problematiku také vyučovat..

Hypotéza se **nepotvrdila** u vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů. Pouze 8 (tj. **23%**) uvedlo, že pojem „Transkulturní/multikulturní ošetrovatelství“ zná.

č. 2

Předpokládáme, že učitelé na zdravotnických školách považují za důležité seznamovat žáky a studenty s multikulturní problematikou (ve více jak 90%).

Toto očekávání se **nepotvrdilo**. Z vyučujících odborných předmětů to považuje za velmi důležité jen 52 (tj. **70%**) a 22 (tj. **62%**) vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů. Výsledky ale ukazují, že **nadpoloviční většina pedagogů zdravotnických škol je si vědoma důležitosti a aktuálnosti multikulturní výchovy**.

č. 3

Předpokládáme, že vyučující na zdravotnické škole se myslí, že žáci a studenti nedostávají dostatek informací k tomu aby mohli uspokojovat specifické potřeby klientů jiných národností, etnik nebo kultur (více jak 50% učitelů).

Tato hypotéza se **potvrdila**. Z odborných vyučujících tento názor zastává 52 (tj. **86%**) vyučujících SZŠ a 41 (tj. **91%**) vyučujících VZŠ. Z vyučujících společenskovedních a jazykových předmětů tento názor zastává 31 (tj. **88%**) vyučujících SZŠ a 13 (tj. **87%**) vyučujících VZŠ.

č. 4

Předpokládáme, že většina učitelů na SZŠ i VZŠ bude pro výuku multikulturní problematiky volit jako formu výuky mezipředmětovou návaznost (více jak 50%).

Tato **hypotéza se potvrdila**. Na SZŠ by tuto formu volilo 62 (tj. **75%**) vyučujících a na VZŠ 45 (tj. **83%**). Výsledek byl předvídatelný vzhledem k naplnění stávajících studijních plánů. Dalším důvodem může být také absence aprobační specializace v této (pro naše podmínky) nové

problematicke. Pro učitele bude asi jednodušší zabývat se jen úzce vymezenými tématy, které se implementují do jim známé studijní disciplíny, než se začít touto problematikou komplexně zabývat.

č. 5

Předpokládám, že učitelé se během odborné praxe setkávají s klienty jiných národností, etnik nebo kultur (více jak 50% respondentů odpoví kladně).

Tato **hypotéza se potvrdila**. Velmi často se s klienty jiné národnosti, etnika nebo kultury setkává 17 (**22%**) vyučujících a 83 (**78%**) vyučujících občas. Celkově to tedy znamená, že **plných 100%** odborných učitelů zdravotnických škol se se svými studenty na ošetrovatelských praxích ve zdravotnických zařízeních setkává s etnickými, národnostně a kulturně odlišnou klientelou.

Další zajímavá zjištění:

- Učitelé všeobecně vzdělávacích předmětů se více zajímají o cizí kultury, etnika, národnosti (97%) než odborní učitelé (jen 60%) zdravotnických škol. Současně ale tito odborní učitelé odpověděli, že se ve 100% setkávají s cizí klientelou ve zdravotnických zařízeních v rámci ošetrovatelských praxí studentů. Nerespektování specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur z důvodu nedostatečné znalosti této problematiky uvedlo 67% (tj. 40) těchto odborných učitelů.
Důvody, proč je zaměření odborných učitelů ošetrovatelství na cizí kultury, etnika, národnosti tak nízká, i když jsou s touto problematikou všichni konfrontováni v konkrétních ošetrovatelských situacích, nebyly šetřením zjišťovány. Hypoteticky lze uvažovat o nízkém všeobecném vzdělání v oblasti společenských věd, přetrvávající paradigma ošetrovatelské praxe – zaměření na výkony, jen okrajově na potřeby a problémy člověka a to ještě s převahou satureování jen jeho somatických potřeb. Řada učitelů v tomto modelu sama vystudovala, řadu let ho přímo praktikovala a také vyučovala, případně stále vyučuje. Toto vidíme jako tzv. objektivní inhibitory, které v sobě samozřejmě zahrnují politický, vědecký a celospolečenský kontext doby. Svůj podíl na stávající situaci má také management a klima našich nemocnic, našeho zdravotnictví. Problémem ošetrovatelství v této zemi je také zásadní nedostatek kvalitní aktuální odborné literatury v českém jazyce atd.
- Práce zjišťovala, zda jsou studenti i učitelé informováni o „Transkulturním/ multikulturním ošetrovatelství“. I tyto výsledky jsou zajímavé. Zatímco studenti obecně nejsou informováni (jen 16 % studentů SZŠ a 26% studentů VZŠ), jejich odborní učitelé v nadpoloviční většině informováni jsou (77%). Proč učitelé nepředávají aktuálně všechny důležité informace také svým studentům? Odpověď bychom mohli hledat např. v celostátně přijatých studijních plánech, které mají povahu „zákona“, který je třeba vždy do důsledků splnit. I když je dána jistá možnost úprav a aktualizací, prostor je poměrně malý a učitelé nejsou zvyklí a ani to po nich není požadováno, aby s tímto materiálem tvořivě nakládali.
- Podle výsledků šetření se také liší názory pedagogů a studentů na to, jakým způsobem implementovat multikulturní – transkulturní ošetrovatelství s do studijních plánů. Zatímco učitelé preferují mezipředmětovou návaznost a kooperaci více studijních disciplín, studenti SZŠ nejvíce zvažovali nepovinný samostatný předmět. Studenti VZŠ vidí jako ideální možnost rozšířit hodinovou dotaci předmětu ošetrovatelství.

- Obě skupiny (učitelé i studenti) shodně vypovídají o nedostatečné připravenosti studentů na poskytování kulturně vhodné péče. Problémy – konfliktní situace, se kterými se v praxi setkávají jsou: jazyková bariéra, nerespektování specifických potřeb: výběr vhodné stravy, nepřítomnost kněze, agresivita Rómských pacientů, neplacení zdravotního pojištění cizincem...

5. Závěr - návrh nápravných opatření pro výchovně vzdělávací praxi na SZŠ a VZŠ v ČR

Cílem kapitoly II.našeho projektu bylo vytvořit návrh na implementaci multikulturní péče do studijních plánů středních a vyšších zdravotnických škol. Na základě analýzy stávajících studijních plánů a na základě výsledků dotazníkového šetření byly vypracovány návrhy na implementaci problematiku multikulturního ošetřovatelství do výchovně vzdělávací praxe na SZŠ a VZŠ. Plné texty návrhů uvádíme níže a jsou označeny jako přílohy 1 – 4.

Tímto skončila první etapa práce na tomto projektu. Pokud se podaří získat finance na další rok, pak budeme tyto připravené materiály testovat ve výchovně vzdělávací praxi na vytypovaných zdravotnických školách (Olomouc, Karlovy Vary). Výstupem dvouleté práce by měl být definitivní návrh struktury i obsahu multikulturní výchovy zdravotních sester v ČR k poskytování kulturně shodné péče.

Varianty návrhu, jak implementovat multikulturní ošetřovatelství do výchovně vzdělávacího procesu SZŠ a VZŠ

Na podkladě výsledků výzkumného šetření, které jsme uskutečnili na SZŠ a VZŠ, jsme dospěli k následujícímu zjištění:

- Žáci SZŠ nejčastěji volili jako formu studia multikulturního ošetřovatelství samostatný předmět – nepovinný.
- Studenti VZŠ a učitelé SZŠ i VZŠ nejčastěji volili jako formu k získávání informací o multikulturním ošetřovatelství mezipředmětovou návaznost mezi předměty, kterých se toto téma týká.

Návrh pro SZŠ

Žáci SZŠ jako formu výuky multikulturního ošetřovatelství volili nejčastěji nepovinně volitelný samostatný předmět. Proto jsme vypracovali návrh učebních osnov pro tento předmět. Podle našeho názoru by bylo nejvhodnější tento předmět poskytnout žákům v druhém ročníku, vzhledem k tomu, že ve třetím ročníku studenti již nastupují na odbornou praxi. Jedná se o jednoletý - nepovinně volitelný - jednohodinový předmět (34 vyučovacích hodin za rok).

Viz. příloha číslo 1.

Návrh pro VZŠ

Obdobnou variantu samostatného předmětu jsme zvolili i u studentů VZŠ. Zde bychom však raději tento předmět přiřadili k povinným předmětům. Především z toho důvodu, že se jedná o velmi závažnou problematiku vzhledem ke zvyšujícímu se přílivu cizinců do naší republiky a počtu cizinců, kteří již na našem území žijí. Též je potřeba si uvědomit, že usilujeme o vstup do Evropské unie a všeobecné sestry by tedy měly být připraveny na intenzivní kontakty s příslušníky jiných zemí, národů a etnik. Pokud chceme, aby v nemocnicích České republiky byly dodržovány základní práva klientů a uspokojovány jejich specifické potřeby, pak je nutné,

aby sestry typu A (dle stávající koncepce českého ošetrovatelství) byly seznámeny s multikulturní problematikou.

Tento předmět jsme přiřadili do prvního ročníku (tj. zimní a letní semestr - cca 27 vyučovací hodiny). Důvodem, proč bychom tento předmět přiřadili do prvního ročníku je především to, že studenti VZŠ již mají odbornou praxi. Pro zařazení nového povinného předmětu *Multikulturní ošetrovatelství* do stávajícího učebního plánu bychom navrhovali dvě varianty:

1. *varianta* - Navýšení učebního plánu o jednu vyučovací hodinu týdně. Stávající učební plán pro zimní semestr oboru všeobecná diplomovaná sestra je 28 hodin. Po úpravě by se jednalo o 29 hodin. Shodné by to bylo i v letním semestru.

2. *varianta* - Zachování celkového počtu hodin dle učebního plánu a snížení hodinové dotace v zimním semestru v předmětu *Výchova ke zdraví* - tj. z 3 (1) na 2 (1) a v letním semestru v předmětu *Ošetrovatelství* o jednu vyučovací hodinu týdně – tj. z 3 (1) na 2 (1). V obou těchto předmětech by studenti měli získávat informace o multikulturní problematice, proto si myslím, že snížením hodinové dotace nedojde k narušení kvality výuky. Díky zařazení nového předmětu *Multikulturní ošetrovatelství* získají studenti tyto informace uceleněji, s širším náhledem na tuto problematiku.

Předmět bychom v současné době zakončili v zimním semestru - splněno a v letním semestru – splněno s klasifikací. Jako podmínku pro uzavření předmětu (splněno s klasifikací) bych doporučila vytvoření individuálního projektu.

Viz příloha číslo 2.

Poznámka: Na VZŠ jsou přijímáni studenti po složení maturitní zkoušky na různých typech středních škol. Proto zde není možné učinit přímou návaznost na znalosti ze SZŠ. Z tohoto důvodu jsme vytvořili obdobný studijní plán jako pro žáky na SZŠ. Tento studijní plán však předpokládá předávání hlubších a podrobnějších informací v oblasti multikulturního ošetrovatelství studentům a jejich samostatnější práci při získávání informací.

Návrh pro SZŠ i VZŠ

Studenti VZŠ a vyučující SZŠ i VZŠ se shodli na názoru, že nejvhodnější formou na získávání informací o multikulturním ošetrovatelství je mezipředmětová návaznost předmětů, kterých se multikulturní problematika přímo týká. Vytvořili jsme tedy návrh, jaká témata by mohla být začleněna do stávajících studijních osnov jednotlivých vybraných předmětů.

Viz příloha číslo 3 pro SZŠ a příloha číslo 4 pro VZŠ.

Vlastní názor

Podle našeho názoru a zkušeností bychom multikulturní problematiku zařadili do učebních plánů tímto způsobem:

- SZŠ - mezipředmětová návaznost
- VZŠ - samostatný povinný předmět

Zdůvodnění:

Na SZŠ je učební plán velmi přeplněn a vytvoření nového předmětu by mohlo vést ke snížení kvality výuky. Samostatný nepovinný předmět bych nevolila z důvodu, že informace o multikulturním ošetrovatelství by získala pouze část absolventů. Dle mého názoru by se sestry typu B (dle stávající koncepce ošetrovatelství) měly v této problematice orientovat.

Na VZŠ bych volila formu samostatného povinného předmětu z tohoto důvodu: studenti již v prvním ročníku zahajují odbornou praxi. V tomto předmětu by dostali ucelené informace, které by mohli v ostatních předmětech dále rozvíjet a využívat je.

5.1. Příloha č. 1 Návrh osnov - 2. ročník, obor SZŠ

Návrh osnov samostatného nepovinného předmětu Multikulturní ošetřovatelství pro druhý ročník oboru všeobecná sestra (SZŠ)

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

1. Charakteristika a cíle vyučovacího předmětu

Předmět seznamuje žáky se základní multikulturní terminologií. Učí žáky znát základní charakteristiky etnických, kulturních a náboženských skupin. Poskytuje základní poznatky k realizaci ošetřovatelského procesu u klientů s ohledem na jejich etnické, kulturní a duchovní specifika.

Tento předmět čerpá z těchto disciplín:

- Sociální a kulturní antropologie
- Sociologie
- Psychologie
- Politologie
- Filozofie
- Theologie
- Ošetřovatelství

Cíle

- Umět správně používat multikulturní terminologii.
- Objasnit podstatu kultury a identifikovat charakteristiky a univerzální atributy kultury
- Znat základní charakteristiky vybraných etnických, kulturních a náboženských skupin.
- Poukázat na vztah mezi zdravotními praktikami a ekonomickým postavením.
- Stručně popsat duchovní vývoj v různých věkových obdobích.
- Umět přizpůsobit ošetřovatelský proces s ohledem na etnické, kulturní a duchovní specifika klientů.

2. Rozpis učiva

2. ročník

(1 hodina týdně, celkem 34 hodin)

Přehled tématických celků:

Doporučený počet hodin:

1. Úvod do předmětu multikulturní ošetrovatelství	3
2. Multikulturní terminologie	5
3. Etnické a kulturní hodnoty	12
4. Spiritualita a religiozita	10
5. Modelové situace k procvičování	4

Celkem	34
--------	----

Návrh obsahu jednotlivých tématických celků:

1. Úvod do předmětu multikulturní ošetrovatelství	3
1.1. Význam multikulturního ošetrovatelství	
1.2. Historický pohled na vývoj multikulturního ošetrovatelství ve světě a u nás.	
1.3. Teorie kulturně shodné péče M. Leiningerové.	
1.4. Odlišné kulturní pojmání povolání zdravotní sestry.	
2. Multikulturní terminologie	5
2.1. Etnikum, etnicita, etnické vědomí.	
2.2. Národ, národnost, národnostní menšina.	
2.3. Rasy, rasismus, xenofobie.	
2.4. Kultura, akulturace, asimilace.	
2.5. Předsudky, stereotypy.	
3. Etnické a kulturní hodnoty	12
3.1. Systém zdravotní péče jako subkultura, kulturní šok.	
3.2. Lidové léčitelství a západní medicína.	
3.3. Multikulturní společnost – důsledky pro zdravotnické/ošetrovatelské služby. Multikulturní společnost v ČR (Slováci, Poláci, Němci, Romové, Maďaři, Ukrajinci, Rusové, Bulhaři, Řekové, Rumuni, Vietnamci, Albánci, Chorvaté, Srbové, Číňané aj.)	
• Mužská a ženská role. Rodina	
• Jazyk a modely komunikace. Teritorialita a osobní prostor.	
• Orientace v čase	
• Praktiky – stravování, aj.	
• Názory na zdraví, nemoc, smrt	
• Zdravotní problémy	
• Zdravotní praktiky. Ošetrovatelské aspekty	
3.4. Kulturní dimenze majetku. Subkultura chudoby	
3.5. Etnické, kulturní hodnoty a ošetrovatelský proces	
4. Spiritualita a religiozita	10
4.1. Duchovnost, víra, náboženství, sekty	
4.2. Duchovní vývoj	
4.3. Věrovyznání a zdravotní péče (Křesťanství, Judaismus, Islám, Hinduismus, Buddhismus, Konfucianismus, Svědci Jehovovi aj.)	

- Názory na zdraví
 - Rituály spojené s narozením. Potraty.
 - Názory na nemoc. Rituály prováděné během nemoci. Prodlužování života.
 - Dárcovství krve. Dárcovství orgánů.
 - Názory na smrt. Život po smrti. Pohřební rituály. Pitva. Kremace
- 4.4. Duchovní zdraví a ošetrovatelský proces

5. Modelové situace k procvičování

4

5.2. Příloha č. 2 Návrh osnov – 1. ročník, obor VZŠ

Návrh osnov samostatného předmětu Multikulturní ošetrovatelství pro první ročník oboru diplomovaná všeobecná sestra (VZŠ)

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

1. Charakteristika a cíle vyučovacího předmětu

Předmět seznamuje studenty se základní multikulturní terminologií. Učí studenty znát základní charakteristiky etnických, kulturních a náboženských skupin. Poskytuje základní poznatky k realizaci ošetrovatelského procesu u klientů s ohledem na jejich etnické, kulturní a duchovní specifika.

Tento předmět čerpá z těchto disciplín:

- Sociální a kulturní antropologie
- Sociologie
- Psychologie
- Politologie
- Filozofie
- Theologie
- Ošetrovatelství

Cíle

- Umět správně používat multikulturní terminologii.
- Objasnit podstatu kultury a identifikovat charakteristiky a univerzální atributy kultury
- Znat základní charakteristiky vybraných etnických, kulturních a náboženských skupin.
- Poukázat na vztah mezi zdravotními praktikami a ekonomickým postavením.
- Stručně popsat duchovní vývoj v různých věkových obdobích.
- Umět přizpůsobit ošetrovatelský proces s ohledem na etnické, kulturní a duchovní specifika klientů.

2. Rozpis učiva

1. ročník, 1., 2. a 3. blok

(1 hodina týdně, 27 týdnů, tj. 27 hodin)

Přehled tématických celků:

Doporučený počet hodin:

1. Úvod do předmětu multikulturní ošetrovatelství	3
2. Multikulturní terminologie	4
3. Etnické a kulturní hodnoty	9
4. Spiritualita a religiozita	7
5. Modelové situace k procvičování	4

Celkem 27

Návrh obsahu jednotlivých tématických celků:

1. Úvod do předmětu multikulturní ošetrovatelství 3

- 1.1. Význam multikulturního ošetrovatelství
- 1.2. Historický pohled na vývoj multikulturního ošetrovatelství ve světě a u nás.
- 1.3. Teorie kulturně shodné péče M. Leiningerové.
- 1.4. Odlišné kulturní pojmání povolání zdravotní sestry.

2. Multikulturní pojmy 4

- 2.1. Etnikum, etnicita, etnické vědomí.
- 2.2. Národ, národnost, národnostní menšina.
- 2.3. Rasy, rasismus, xenofobie.
- 2.4. Kultura, akulturace, asimilace.
- 2.5. Předsudky, stereotypy.

3. Etnické a kulturní hodnoty 9

- 3.1. Systém zdravotní péče jako subkultura, kulturní šok.
- 3.2. Lidové léčitelství a západní medicína.
- 3.3. Multikulturní společnost – důsledky pro zdravotnické/ošetrovatelské služby. Multikulturní společnost v ČR (Slováci, Poláci, Němci, Romové, Maďaři, Ukrajinci, Rusové, Bulhaři, Řekové, Rumuni, Vietnamci, Albánci, Chorvaté, Srbové, Číňané aj.)
 - Mužská a ženská role. Rodina
 - Jazyk a modely komunikace. Teritorialita a osobní prostor.
 - Orientace v čase
 - Praktiky – stravování, aj.
 - Názory na zdraví, nemoc, smrt
 - Zdravotní problémy
 - Zdravotní praktiky. Ošetrovatelské aspekty
- 3.4. Kulturní dimenze majetku. Subkultura chudoby
- 3.5. Etnické, kulturní hodnoty a ošetrovatelský proces

4. Spiritualita a religiozita

7

4.1. Duchovnost, víra, náboženství, sekty

4.2. Duchovní vývoj

4.3. Věrovyznání a zdravotní péče (Křesťanství, Judaismus, Islám, Hinduismus, Buddhismus, Konfucianismus, Svědci Jehovovi aj.)

- Názory na zdraví
- Rituály spojené s narozením. Potraty.
- Názory na nemoc. Rituály prováděné během nemoci. Prodlužování života.
- Dárcovství krve. Dárcovství orgánů.
- Názory na smrt. Život po smrti. Pohřební rituály. Pitva. Kremace

4.4. Duchovní zdraví a ošetrovatelský proces

5. Modelové situace k procvičování

4

Poznámky k příloze číslo 3 a 4

Po analýze učebních osnov jednotlivých předmětů jsme vybrali předměty na SZŠ a VZŠ, do kterých by podle našeho názoru mohly být včleněny informace o multikulturním ošetrovatelství. V následujícím textu jsou osnovy jednotlivých předmětů - pouze kapitoly, u kterých jsme provedli úpravy jsme rozepsali, u ostatních jsme uvedli jen název. U osnov některých předmětů jsme pouze připsali dodatky. Úpravy jsme označili odlišným typem písma - kursivou.

5.3. Příloha č. 3 Návrh úpravy osnov – obor SZŠ

Návrh úpravy učebních osnov u vybraných předmětů - oboru všeobecná sestra (SZŠ)

Odborné předměty

Psychologie a pedagogika

Pojetí vyučovacího předmětu

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický s aplikací na zdravotnickou praxi. Tvoří důležitou součást profesionální přípravy sestry a úzce navazuje na předměty ošetřovatelství.

Obsah předmětu tvoří základní informace o psychologii jako vědě, o obecné psychologii, psychologii osobnosti, ontogenetickou psychologii, dále pak je obsahem psychologie nemocných, psychologie sestry, sociální psychologie a základy pedagogiky.

Cílem předmětu je dát žákům teoretické vědomosti a praktické dovednosti z uvedených oblastí, které by aplikovali při praktických činnostech v péči o zdravé i nemocné – dospělé a děti. Má naučit žáky chápat chování i jednání zdravých i nemocných osob **i jejich kulturní odlišnosti**. Má je naučit základům profesionálního chování a v neposlední řadě i porozumět sobě samým a využít těchto poznatků k seberegulaci.

Cílem cvičení je naučit žáky komunikativním dovednostem, vedení různých typů rozhovorů, autoregulaci, zvláštnostem práce s dětmi a různým regulačním technikám.

Rozpis učiva

2. ročník

(2 hodiny týdně, tj. celkem 68 hodin)

1. Úvod do předmětu	2
Předmět – cíle, odvětví a metody psychologie	
Význam psychologie pro práci sestry – <i>význam znalosti zásad multikulturní výchovy z profesního hlediska</i>	
2. Základní funkce psychiky	4
3. Osobnost	20
Komplexní bio-psycho- sociální a kulturní pojetí formování osobnosti	
Vnímání, pozornost, paměť	
4. Psychické procesy a stavy	18
Vnímání, pozornost, paměť a fantazie	
Myšlení a řeč. Emotivní procesy. Volní procesy	
Prožívání jeho změny v průběhu lidského života i multikulturního pohledu	

5. Základy sociální psychologie	14
Předmět, cíle a odvětví sociální psychologie	
Sociální podstata osobnosti, její socializace <i>i v podmínkách etnických i národnostních odlišností</i>	
Sociální učení, sociální vnímání, sociální adaptace, sociální komunikace.	
Sociální skupina a sociální interakce	
Sociální pojetí „já“, jednání jedince ve vztahu k sociálnímu okolí, egocentrismus, altruismus	
Konflikt. Poruchy socializace	
6. Základy pedagogiky	10
Pojem význam výchovy a vzdělávání pro člověka	
Historie a vývoj pedagogiky, <i>odlišné vzdělávací systémy</i>	
Složky výchovy, zásady výchovy, metody výchovy	
Hra, učení a práce. Sestra v úloze pedagoga	
3. ročník	
(2 hodiny týdně, tj. 68 vyučovacích hodin celkem)	
Teorie	
1. Ontogeneze psychiky člověka	12
Podstata ontogeneze. Činitelé ontogeneze	
Zákonitosti psychického vývoje	
Vývojová stádia, jejich charakteristika	
<i>Vývoj psychosociální, kognitivní, morální a duchovní</i>	
2. Psychologie nemocných	14
Vliv choroby na psychiku nemocného. Faktory, které určují tyto změny	
Bolest, strach, úzkost – <i>a jejich odlišné prožívání u jednotlivých kultur</i>	
Iatrogenie, hospitalismus	
Mentální a tělesné defekty, smyslové defekty a vady řeči, jejich důsledky na psychiku – <i>jejich modifikace kulturou</i>	
Psychologická, filozofická <i>a kulturní</i> problematika umírání a smrti	
3. Psychologie sestry	8
Pojem profesionálního chovaného chování. Definice, teoretická východiska	
Etika a psychologie chování a postojů zdravotnických pracovníků	
Sestra jako subjekt, faktory ovlivňující pracovní výkon sestry, sestra a spolupracovníci	
Duševní hygiena	
Cvičení	
1. Zvláštnosti v psychologicko- pedagogickém přístupu při práci s dětmi	10
Neuropsychický záznam, vedení, hodnocení	
Ukázkové metodiky jednotlivých výchov – zdravé a nemocné dítě	
Rozhovor s dítětem a rodiči	
2. Sebepoznávání, sebehodnocení	4
Pozorování a posuzování psychických stavů a procesů, hodnocení osobnosti na podkladě teoretických poznatků	

3. Zjišťování potřeb	10
Potřeby zdravých a nemocných dětí i dospělých	
Vyhledávání, hodnocení a uspokojování potřeb	
Práva nemocných-odlišné kulturní,etnické a sociální potřeby nemocných	
Rozhovory s nemocným různých věkových kategorií – zpracování získaných informací	
4. Komunikace- nácvik komunikativních dovedností	10
Druhy komunikací	
Nácvik nonverbální komunikace	
Rozhovor, informační, diagnostický, anamnestický, abreakční, direktivní	
Navazování kontaktů – využití verbálních, nonverbálních prostředků v sociální interakci – <i>multikulturní odlišnosti v komunikaci</i> , empatie	
5. Relaxační techniky – úvod	
4. ročník	
(1 hodina cvičení týdně, tj. celkem 30hodin)	
1. Úvodní opakování	6
Zopakování již probraných technik	
2. Speciální sociální dovednosti v práci sestry	14
Produktivní a neproduktivní přístup k nemocnému	
Identifikace s rolí sestry jako předpoklad pro úspěšný výkon profese	
Interakce se spolupracovníky	
Komunikace s rodinou klienta nebo nemocného	
Vedení rozhovoru s nemocnými nebo klienty různých věkových kategorií	
Řešení konfliktních situací	
Využití osobních zkušeností žáků – kontakty s příslušníky jiných národnostních skupin- možnosti řešení	
3. Relaxační techniky	6
4. Volné hodiny	4

Základy veřejného zdravotnictví

Pojetí vyučovacího předmětu

Předmět se podílí na výchově k profesní přípravě středoškolského zdravotnického pracovníka. Poskytuje žákům poznatky o systému péče o zdraví, o organizaci vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, o všeobecném zdravotním pojištění, o současném řízení a výchovně péče o zdraví, o právních normách, které budou absolventi používat při výkonu povolání a v občanském životě.

Dílčí cíle předmětu jsou základní poznatky o vývoji péče o zdraví a o společenské funkci zdravotnictví. *Základní rozdíly zdravotnických systémů jiných zemí.*

Předmět seznamuje žáky s teoretickými základy a to se základními zdravotnickými pojmy, se zásadami současného zdravotnictví, s jeho společenskou funkcí a s morálně – etickými vlastnostmi zdravotnických pracovníků. Dále se základními právními normami, organizační

strukturou, řízením a koncepcí a se specifickými úseky práce. Informuje o potřebných vědomostech ze zdravotnické statistiky, populačního vývoje obyvatelstva, o vývoji jeho zdravotního stavu a o významu zdravotní výchovy ve smyslu programu Světové zdravotnické organizace.

Rozpis učiva

2. ročník

(1 hodina týdně, tj. celkem 34 hodin)

- | | |
|---|----------|
| 1. Systém péče o zdraví | 5 |
| Organizace zdravotnických služeb <i>u nás a ve světě</i> . Státní zdravotnická zařízení. Úloha státu v řízení zdravotnických služeb.
Vícezdrojové financování zdravotnických služeb.
Typy zdravotnických zařízení. Nemocnice, poliklinika, ordinace praktického lékaře. Specifická léčebná zařízení. Organizace a provoz zdravotnických zařízení. Principy řízení zdravotnického zařízení. | |
| 2. Pracovníci ve zdravotnictví | 5 |
| Kategorie zdravotnických pracovníků a jejich příprava k povolání. Formy a stupně vzdělávání <i>u nás a ve světě</i> .
Další vzdělávání zdravotnických pracovníků. Nástupní praxe, specializační studium. Význam a způsoby trvalého vzdělávání zdravotnických pracovníků, specializační obory. <i>Význam nutnosti vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství</i> .
Jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví, jejich úloha v systému zdravotní péče. Další vzdělávání.
<i>Profesní prestiž zdravotnických pracovníků u nás a ve světě</i> . | |
| 3. Všeobecné zdravotní pojištění | 5 |
| Principy všeobecného zdravotního pojištění. Vztah pojišťovny, pojištěnce a zdravotnického zařízení. Potřebná zdravotní péče. Zdravotní řád. Seznam úkonů. Sazebník. Úhrada pojistného. Práva pojištěných. Kontrola poskytování potřebné zdravotní péče.
<i>Pojištění cizinců</i> . | |
| 4. Zdravotní politika | 4 |
| Cílové úkoly péče o zdraví. Předpoklady zdraví a jejich kulturní odlišnosti – uspokojování základních potřeb, výživa, vzdělání, bydlení, životní prostředí, zajištění práce.
Program Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny do roku 2000“, „ <i>Zdraví pro všechny v 21. století</i> “. Přehled základních cílů s důrazem na primární péči. Národní program obnovy a podpory zdraví – zásady programu, hlavní cílové oblasti. Strategie realizace obnovy a podpory zdraví v České republice. | |
| 5. Výchova ke zdraví | 4 |
| Odpovědnost občana za vlastní zdraví. <i>Etnokulturní pohled na zdraví</i> . Výchova ke zdraví jako úkol společnosti. Úloha zdravotnického pracovníka ve výchově ke zdraví a prevenci. Význam primární, sekundární a terciální prevence. | |
| 6. Zdravotnické právo a zdravotnická etika | 4 |
| 7. Pracovně právní otázky | 4 |
| 8. Specifické učivo pro obor všeobecná sestra | 3 |

Ošetřovatelství

Pojetí vyučovacího předmětu

Ošetřovatelství je koncipováno jako teoreticko praktický předmět, jehož pojetí vyplývá z profilu absolventa oboru všeobecná sestra.

Cílem výuky předmětu ošetřovatelství je, aby žáci získali teoretické poznatky a praktické dovednosti v péči o zdraví, v prevenci a v ošetřování nemocných.

Výchovná funkce předmětu spočívá ve vytváření správného vztahu k člověku ve zdraví i v nemoci, k pracovnímu týmu a k povolání. Centrem péče musí být člověk se svými potřebami biologickými, psychickými, sociálními a **kulturními**, věkovými i individuálními zvláštnostmi.

Důraz je kladen na úroveň sociálních dovedností a na aplikaci psychologického přístupu ke klientovi. Žáci jsou vzděláváni v teorii ošetřovatelského procesu, který je předpokladem pro individualizovanou ošetřovatelskou péči, jsou vedeni k altruismu, empatii, poznávání klienta, registraci odchylek ve zdravotním, psychickém i sociálním stavu, k jejich zpracování a využití v ošetřovatelské péči. Tyto aspekty prolínají celou výuku, aby se tak předešlo nežádoucím situacím, které vyplývají z nedostatečného uspokojování potřeb nemocných, zvláště pak potřeb psychických, sociálních a **kulturních**.

Obsah předmětu tvoří teoretické a praktické základy péče o zdraví, ošetřování nemocných dětí všech věkových kategorií a dospělých.

Rozpis učiva

1. ročník

4 hodiny týdně, z toho 2 hodiny cvičení, celkem 136 hodin /na cvičení se třída dělí na skupiny/

Teorie 2 hodiny týdně /68 hodin/

1. Ošetřovatelství, ošetřovatelský proces u dětí a dospělých

20

Ošetřovatelství – charakteristika, základní rysy

Multikulturní ošetřovatelství

Ošetřovatelský proces – charakteristika, fáze procesu

Potřeby klientů a nemocných, jejich charakteristika, zjišťování z hlediska ošetřovatelské péče *i v souvislosti s multikulturní odlišností.*

Výzkum a průzkum v ošetřovatelství, podíl sestry na této činnosti.

2. Vývoj ošetřovatelství, významné osobnosti, sesterské hnutí

Vývoj zdravotnického školství, systém vzdělávání sester.

Mezinárodní sesterské organizace

Osobnost sestry – úloha sestry, kodex sester, normy výchovy sestry, životospráva, služební oděv.

3. Primární a klinická péče u dětí a nemocných

44

Ochrana zdraví a prevence nemocí

Ošetřovací jednotka

Organizace práce sester

Léčebný režim u dětí a dospělých

Subkultura zdravotnictví. Příjem, překlad, propuštění. Příjem nemocného, první kontakt sestry s nemocným, adaptace nemocného na hospitalizaci. Dokumentace. Zvláštnosti u dětí.

Nemocniční prostředí – působení na dospělého, dítě, nozokomiální nákazy, jejich prevence.

Výživa nemocných

Dietní systém, návyky správného stolování, objednávání stravy, zacházení se zbytky stravy. **Názory na výživu a stravovací praktika, charakteristiky přípravy jídla a stravování a jejich kulturní modifikace.**

Odpočinek a spánek

Význam, **faktory ovlivňující spánek a odpočinek**, poruchy spánku, vytváření podmínek pro odpočinek a spánek.

Bolest

Vnímání bolesti, její intenzita, mírnění bolestí, prevence.

4. Obvazový materiál

4

Cvičení 2 hodiny týdně /68 hodin/

1. Ošetrovatelský proces u dětí a nemocných

14

Fáze ošetrovatelského procesu, jejich modelování, řešení modelových situací – pozorování nemocných, nácvik komunikativních dovedností zaměřených na ochranu zdraví, prevenci nemocí, stanovování ošetrovatelských diagnóz, zabezpečování zajištění biologických, psychických, sociálních a kulturních potřeb.

2. Péče o pomůcky

10

3. Lůžko a jeho úprava

16

4. Hygienická péče u dětí a dospělých

20

Význam, osobní a ložní prádlo, hygienické návyky **a jejich kulturní specifika**

Hygienická péče o dutinu ústní, ranní a večerní toaleta, celková koupel, hygiena při vyprazdňování, mytí znečištěného nemocného, péče o vlasy, péče o nehty - **rasová a kulturní omezení.**

Péče o kůži, **hodnocení stavu kůže- ovlivnění hodnocení kožních změn barvou kůže.** Prevence opruzenin, proleženin, příčiny jejich vzniku, projevy, ošetřování.

Komunikativní dovednosti sestry při práci s nemocným.

Vedení hygienických záznamů.

Koupel kojence, vážení kojence.

5. Podávání jídla u dětí a dospělých

2

Podávání jídla chodícím, ležícím a těžce nemocným dětem a dospělým - **respektování kulturních odlišností.**

Příprava kojenecké stravy, krmení kojence.

Komunikativní dovednosti sestry při práci s nemocným.

6. Obvazová technika

6

2. ročník

5 hodin cvičení týdně, celkem 170 hodin / třída se dělí na skupiny/

1. Diagnosticko - terapeutická činnost sestry

Fyziologické funkce

30

Měření a vážení nemocných dětí a dospělých.

Měření tělesné teploty, pulzu, dechu, krevního tlaku, záznam hodnot.

Subjektivní a objektivní příznaky nemoci - *jejich odlišné individuální a kulturní prožívání*

Vyprazdňování močového měchýře – fyziologie, *faktory ovlivňují močení*, patologie, diuréza, bilance tekutin, hustota moči, záznam hodnot.

Cévkování, permanentní cévky , výplach močového měchýře.

Vyprazdňování tlustého střeva – fyziologie, *faktory ovlivňují defekaci*, patologie, klyzma, druhy klyzmat, záznam vyprazdňování. Pomůcky pro inkontinentní nemocné.

Komunikativní dovednosti sestry při práci s nemocným

Vizita

4

Podávání léků

54

Formy léků, označení, objednávání, hospodaření s léky, opiáty.

Účinky léků, reakce organismu na léky, kumulace léků.

Způsoby aplikace léků - *jejich odlišné kulturní/náboženské upřednostňování a omezení.*

Lidové léčitelství a tradiční západní medicína

Podávání léků ústy

Příprava, zásady, zvláštnosti při podávání některých léků, záznamy.

Zvláštnosti komunikace s dětmi, dospělými.

Podávání léků konečníkem, kůží, do spojivkového vaku, ucha, nosu.

Podávání léků dýchacím ústrojím

Inhalace, inhalační přístroje, zásady při inhalaci, podávání kyslíku, centrální kyslíkový rozvod, provozní bezpečnostní předpisy.

Podávání léků injekčně, komunikativní dovednosti při aplikaci injekcí.

Aplikace léků do kůže, podkoží, svalů, žíly, tepny, srdce.

Problematika injekcí u dětí.

Infuze

Účel, druhy infúzních roztoků, příprava nemocného před infúzí, péče o něj během infúze a po infúzi, komplikace a jejich řešení, dokumentace.

Komunikativní dovednosti při podávání infúzí.

Transfúze

Účel, transfúzní přípravky, povinnosti sestry před transfúzí, během ní a po ní, dokumentace, komunikativní dovednosti sestry při transfúzi.

Komplikace.

Aplikace plazmy.

Odběr biologického materiálu

20

Rehabilitační ošetřovatelství

6

Význam, *faktory ovlivňující pohyblivost*, rehabilitační metody, jejich účinek.

Kondiční cvičení. Polohování nemocných. Pasivní pohyb, dechová gymnastika. Lokomoce a vertikalizace.

Fyzikální terapie, ergoterapie. Aplikace tepla a chladu – *kulturní omezení*.

Punkce	6
Převazování ran	10
Menší chirurgické zákroky	8
Mytí a oblékání k operaci	4
Imobilizační obvazy a jejich přikládání	6
2. První pomoc	22

3. ročník

4 hodiny týdně, z toho 1 hodina cvičení, celkem 136

Dodatek – u jednotlivých onemocnění přiřadit tyto informace:

- *Choroby s vyšším výskytem u určitých etnických a kulturních skupin.*
- *Choroby s nízkým výskytem u určitých etnických skupin.*

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Ošetrovatelský proces na interním oddělení | 50 / 9 cv./ |
| <i>Dodatek k tématu - Ošetrovatelský proces u nemocných v terminálním stádiu, péče o mrtvé tělo, komunikace s pozůstalými, etická stránka problému, dokumentace.</i> | |
| <i>Názory a praktiky vybraných religiálních skupin ve vztahu ke smrti.</i> | |
| 2. Ošetrovatelský proces na chirurgickém oddělení | 30 / 9 cv./ |
| 3. Ošetrovatelský proces na urologickém oddělení | 4 / 2 cv./ |
| 4. Ošetrovatelský proces na dětském oddělení | 20 / 6 cv./ |
| 5. Ošetrovatelský proces na gynekologicko- porodnickém oddělení | 20 / 6 cv./ |
| <i>Dodatek k tématu - Ošetrovatelský proces u ženy v těhotenství, před, během a po porodu, při překotném porodu, v šestinedělí.</i> | |
| <i>Názory a praktiky vybraných religiálních skupin ve vztahu k těhotenství, porodu, potratu</i> | |
| <i>Dodatek k tématu - První ošetření novorozence.</i> | |
| <i>Vybrané náboženské rituály při narození dítěte.</i> | |
| <i>Dodatek k tématu – Podíl sestry na výchově k rodičovství.</i> | |
| <i>Sexualita – etnokulturní, náboženská a etická hlediska.</i> | |
| 6. Ošetrovatelský proces v gerontologii | 4 / 2cv./ |
| <i>Dodatek k tématu -Problémy stáří a jejich modifikace kulturou.</i> | |

4. ročník

3 hodiny týdně, z toho 1 hodina cvičení

Dodatek – k jednotlivých onemocnění přiřadit tyto informace:

- *Choroby s vyšším výskytem u určitých etnických a kulturních skupin.*
- *Choroby s nízkým výskytem u určitých etnických skupin.*

1. **Práce sestry v terénu, v dětských zařízeních a léčebných ústavech** 14 / 3 cv./
Dodatek k tématu – Ošetřovatelský proces u dětí a dospělých v domácí péči, u tělesně a mentálně postižených, invalidních a handicapovaných občanů, starých lidí.
Rodina jako podpůrná skupina, sociální síť, podpůrné instituce etnické a kulturní komunity.
2. **Ošetřovatelský proces na onkologickém oddělení** 8 / 3 cv./
3. **Ošetřovatelský proces na neurologickém oddělení** 10 / 3 cv./
4. **Ošetřovatelský proces na ortopedickém oddělení** 10 / 3 cv./
5. **Ošetřovatelský proces na infekčním oddělení** 8 / 3 cv./
6. **Ošetřovatelský proces na ORL oddělení** 8 / 3 cv./
7. **Ošetřovatelský proces na očním oddělení** 8 / 3 cv./
8. **Ošetřovatelský proces na kožním oddělení** 8 / 3 cv./
9. **Ošetřovatelský proces na psychiatrickém oddělení** 8 / 3 cv./
Dodatek- Mentální onemocnění a jeho modifikace kulturou
10. **Ošetřovatelský proces na stomatologii** 8 / 3 cv./

Dodatek - u cílů předmětu „Ošetřování nemocných“ uvést:

- *Schopnost adaptovat ošetřovatelský proces u klientů s ohledem na jejich etnické, kulturní a duchovní specifika*

Dodatek – u předmětů „Vnitřní lékařství“, „Chirurgie“, „Pediatrie“, „Gynekologie a porodnictví“, „Neurologie“ a „Psychiatrie“ k jednotlivých onemocnění přiřadit tyto informace:

- *Choroby s vyšším výskytem u určitých etnických a kulturních skupin.*
- *Choroby s nízkým výskytem u určitých etnických skupin.*

Dodatek - v předmětu „Somatologie“ uvést:

- *etnokulturní rozdíly v tělových systémech,*
- *etnokulturní rozdíly ve fyziologii kůže, vlasů a sliznic*

5.4. Příloha č. 4 Návrh úpravy osnov – obor VZŠ

Návrh úpravy učebních osnov u vybraných předmětů oboru diplomovaná všeobecná sestra (VZŠ)

I. Předměty ošetřovatelství

Ošetřovatelství

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět ošetřovatelství je koncipován jako teoreticko-praktický předmět, jeho pojetí vyplývá z profilu všeobecné diplomované sestry. Obsah předmětu tvoří základní filozofie ošetřovatelství a je východiskem pro formování profesních vlastností diplomované všeobecné sestry.

Cílem předmětu je:

- naučit se základní terminologii ošetřovatelství i **multikulturního ošetřovatelství**,
- seznámit se s historickým vývojem ošetřovatelství a **multikulturního ošetřovatelství**,
- seznámit se s koncepcí ošetřovatelství v České republice,
- seznámit se se základními koncepčními modely ošetřovatelství a jejich aplikací v ošetřovatelském procesu,
- seznámit se s východisky a fázemi ošetřovatelského procesu,
- naučit se používat ošetřovatelský proces v klinické praxi,
- naučit se aplikovat modely ošetřovatelství v klinické praxi prostřednictvím ošetřovatelského procesu,
- seznámit se s výzkumem v ošetřovatelství, jeho členěním a výzkumnými metodami.

Rozpis učiva:

1. ročník, 1., 2. a 3. blok

(3 hodiny týdně, 14 týdnů, tj. 42 hodin, 3 hodiny týdně, 13 týdnů, tj. 39 hodin)

2. ročník, 4. a 6. blok

(2 hodiny týdně, 24 týdnů, tj. 48 hodin)

3. ročník, 7. blok

(1 hodina týdně, 8 týdnů, tj. 8 hodin)

1. Základy ošetřovatelství

1.1. Charakteristika oboru ošetřovatelství a jeho vývoj v zahraničí a v České republice

1.2. Základní terminologie ošetřovatelství.

1.3. Základy multikulturního ošetřovatelství

1.4. Koncepce ošetřovatelství

1.5. Kategorie lidských potřeb a jejich uspokojování – *zvláštnosti v jednotlivých kulturách*

2. Ošetřovatelská péče

2.1. Metody ošetřovatelské péče

2.2. Normy a standardy ošetřovatelské péče

3. Ošetřovatelské teorie a koncepční modely

3.1. Charakteristika pojmů: koncepční rámce, koncepce, model, teorie

3.2. Klasifikace koncepcí modelů

3.3. Charakteristika koncepčních modelů (Gordonové, Oremové, Hendrsonové, Roperové, Rogersové, Royové, Kingové, Orlandové, Nieghtingelové, Johnsonové, Neumanové, *Leiningerové*)

3.4. Struktura koncepčních modelů

3.5. Aplikace koncepčních modelů v ošetrovatelské péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu

4. Ošetrovatelský proces

4.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu a jeho historický vývoj, *náboženství, mýty a pověry*

4.2. Fáze a cíle ošetrovatelského procesu:

4.2.1. Ošetrovatelská anamnéza – typy informací, zdroje informací, způsoby získávání informací o klientovi/nemocném *s ohledem na multikulturní odlišnosti*, zpracování získaných informací

4.2.2. Ošetrovatelská diagnóza – rozdíl mezi ošetrovatelskou a lékařskou diagnózou, formulování ošetrovatelských diagnóz (PES – problém, etiologie, symptom), taxonomie ošetrovatelských diagnóz NANDA

4.2.3. Plánování – stanovení priorit, cílů, ošetrovatelských strategií a činností, delegování kompetencí, spolupráce se členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu.

4.2.3.1. Etnocentrismus a jeho důsledky v ošetrovatelském procesu

4.2.4. Realizace – ošetrovatelské činnosti, podmínky pro realizaci plánu ošetrovatelské péče

4.2.5. Vyhodnocení – charakteristika, kritéria hodnocení plánu ošetrovatelské péče z hlediska klienta/nemocného a z hlediska práce sestry

4.3. Ošetrovatelská dokumentace

5. Profese sestry

5.1. Profesní role sestry, vývoj profese, vzdělávání sester *i v návaznosti na multikulturní ošetrovatelství*

5.2. Sesterské organizace a jejich význam pro rozvoj oboru ošetrovatelství a pro vývoj profese (*Mezinárodní profesní organizace sester*)

5.3. Odlišné kulturní pojmání povolání zdravotní sestry.

6. Výzkum v ošetrovatelství

6.1. Charakteristika výzkumu, oblasti výzkumu v ošetrovatelství (*i v multikulturním pojetí*)

6.2. Metodika výzkumu, podíl sestry na výzkumné činnosti

6.3. Význam výzkumu pro rozvoj ošetrovatelství

Ošetrovatelské postupy

Pojetí a cíle předmětu:

Ošetrovatelské postupy jsou vyučovány jako teoreticko- praktický předmět s převahou praktických činností.

Cílem předmětu je získat vědomosti a dovednosti k realizaci ošetrovatelských činností v souladu s holistickým přístupem ke klientovi, s akceptováním jeho práv *a specifických kulturních potřeb a etnických odlišností*. Dodržováním všech pravidel ochrany a bezpečnosti při práci.

Rozpis učiva:

1. ročník, 1., 2. a 3. blok

(3 hodiny týdně, 14 týdnů, tj. 42 hodin, 5 hodin týdně 13 týdnů, tj. 65 hodin)

2. ročník, 4. blok

(2 hodiny týdně, 16 týdnů, tj. 32 hodin)

1. Péče o prostředí klienta ve zdraví i nemoci

1.1. Úprava domácího prostředí ve zdraví a nemoci

1.2. Ošetrovatelská jednotka a její vybavení

1.3. Odlišné kulturní požadavky na péči prostředí klienta ve zdraví a nemoci

2. Základní biologické potřeby klienta/nemocného a jejich uspokojování s ohledem na kulturní odlišnosti

2.1. Péče o výživu a hydrataci u dětí a dospělých

2.2. Péče o fyziologické funkce u dětí a dospělých (dýchání, tlak krevní, puls, tělesná teplota)

2.3. Péče o tělesnou hygienu u dětí a dospělých

2.4. Péče o vyprazdňování moče a stolice u dětí a dospělých

2.5. Péče o odpočinek a spánek u dětí a dospělých

2.6. Péče o klienta s bolestí – dítěte i dospělého

2.7. Péče o tělesnou aktivitu u dětí a dospělých

3. Sesterské činnosti

4. Terapeutické výkony

4.1. Podávání všech forem léků (včetně injekčních a inhalačních technik)

4.2. Infuze

4.3. Krevní převody

4.4. Rehabilitační ošetrovatelství

4.5. Stručný přehled zásadních odlišností v závislosti na etnické a náboženské normy

5. Odběr, transport a uchovávání biologického materiálu k vyšetření

6. Punkce

7. Endoskopie

Výchova ke zdraví

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět je součástí komplexu předmětů, které profilují absolventku k působnosti v primární, sekundární i terciální sféře péče o zdraví a výchově ke zdraví. Jeho absolvování přispěje k výchově ke zdraví a naučí studenty používat metody výchovy ke zdraví při podpoře zdraví jedince, rodiny, skupiny a společnosti.

Cílem předmětu je:

- získat poznatky týkající se zdraví, upevňování zdraví a předcházení nemocem **z multikulturního hlediska**
- získat poznatky o strategii péče o zdraví v světovém, státním i regionálním měřítku
- získat poznatky o zdravém způsobu života
- získat poznatky o vztahu člověka – životním prostředím
- seznámit se s metodami výchovy ke zdraví

Rozpis učiva:

1. ročník, 1. a 2. blok
(10 konzultačních hodin, z toho 4 hodiny cvičení)

1. Úvod

Význam a perspektiva výchovy ke zdraví

2. Program světové zdravotnické organizace „ Zdraví pro všechny do roku 2000“

- 2.1. Potřeba nové strategie péče o zdraví
- 2.2. Základní údaje o Světové zdravotnické organizaci
- 2.3. Program „ Zdraví pro všechny do roku 2000“
- 2.4. *Program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“*

3. Národní programy podpory zdraví

- 3.1. Východiska, priority, řízení, cíle Národního programu podpory zdraví
- 3.2. Nástroje národního programu podpory zdraví (legislativní, ekonomické, organizační, výchovné)
- 3.3. Projekty NPPZ – komunitní, zaměřené na zdravotní rizika a prevenci nemocí u vybraných populačních skupin
- 3.4. Zdravotní stav obyvatelstva ČR
- 3.5. *Migrace obyvatelstva a její důsledky pro péči o zdraví*

4. Regionální cíle „Zdraví pro všechny do r. 2000“

- 4.1. Zásady a cíle, formulace regionálních priorit
- 4.2. Regionální programy. Zdravé město, zdravý region, zdravá škola, zdravý podnik, zdravá rodina
- 4.3. Zásady tvorby programů podpory zdraví
- 4.4. Zkušenosti s realizací programů podpory zdraví ve světě a u nás

5. Zdraví a jeho determinanty

- 5.1. Definice zdraví . Determinanty zdraví jedince a populace
- 5.1.2. *Etnickokulturní názory na zdraví a zdravotnické praktiky*
- 5.2. Faktory vnitřního prostředí – biologické, psychologické
- 5.3. Faktory vnějšího prostředí – biologické, fyzikálně-chemické, sociální *a kulturní*
- 5.4. Prostor. Životní styl. Vliv socioekonomických a behaviorálních faktorů na zdravotní stav různých skupin obyvatelstva

6. Zdravý způsob života a jeho odlišné kulturní pojetí

- 6.1. Definice způsobu života, zdravý způsob života, odpovědnost za vlastní zdraví *a jejich odlišné kulturní pojetí*
- 6.2. Individuální a společenské podmínky zdravého způsobu života
- 6.3. Výchova ke zdravému způsobu života - *modifikace kulturou*
- 6.4. Oblast zdravého způsobu života. Výživa. Pohyb. Mentální hygiena. Rizikové faktory

7. Prostor. – ekologie

8. Zásady pro udržení zdraví a jejich aplikace v každodenním životě

- 8.1. Prevence – primární, sekundární, terciální
- 8.2. Zásady pro udržení zdraví a rozvoj zdraví

- individuální zásady pro udržení a rozvoj zdraví (vědomosti, dovednosti, postoje, **zakořeněné rituály**)
- podmínky (organizační, materiální, legislativní)

9. Poškození zdraví v období adolescence a dospělosti

9.1. Adolescence – kouření, konzumace alkoholu a drog, dopravní úrazy, sebevražednost

9.2. Stabilita a změny chování poškozujícího zdraví v období dospělosti

- model rizikového chování,
- model zdraví a seberegulace,
- model sociokulturní újmy,
- model srovnávacího procesu

9.3. Praktické důsledky pro prevenci

10. Metody výchovy ke zdraví a jejich využití

10.1. Zásady výchovy ke zdraví *s ohledem na kulturní odlišnosti*

10.2. Metody výchovy : individuální, skupinová, hromadná

10.3. Formy výchovy ke zdraví *i v souvislosti se subkulturou chudoby a negramotnosti*

10.4. Sledování efektivity výchovy ke zdraví

10.5. Komunikace, sociální komunikace, masová komunikace

10.6. Sociální marketing. Peer výchova

Poznámka:

1. U předmětů „ Ošetřovatelství v klinických oborech“, „Klinická propedeutika“, „Vnitřní lékařství“, „Chirurgie“, „Pediatrie“, „Gynekologie a porodnictví“, „Neurologie“, „Psychiatrie“ a „Vybrané obory“- u jednotlivých onemocnění uvádět:

- *choroby s vyšším výskytem v určitých etnických a kulturních skupinách,*
- *choroby s nízkým výskytem v určitých etnických a kulturních skupinách.*

2. U předmětu „Ošetřovatelství v klinických oborech“ u následujících témat přiřadit tyto podtémata.

Téma:

- Ošetřovatelský proces v geriatrici - *Problémy stáří a jejich modifikace kulturou*
- Ošetřovatelský proces u nemocných v terminálním stádiu a péče o mrtvé tělo – *Názory a praktiky vybraných religiózních skupin ve vztahu ke smrti.*
- Ošetřovatelský proces v těhotenství, před porodem, při porodu a v šestinedělí - *Názory a praktiky vybraných religiózních skupin ve vztahu k těhotenství, porodu a potratu.*
- Ošetřovatelský proces u fyziologického novorozence a kojence v domácím prostředí – *Vybrané náboženské rituály při narození dítěte. Odlišnosti etnokulturní péče o novorozence a kojence.*

II. Předměty základních vědních oborů

Poznámka:

V předmětu „Anatomie a fyziologie“ uvést:

- *etnokulturní rozdíly v tělových systémech,*
- *etnokulturní rozdíly ve fyziologii kůže, vlasů a sliznic*

III. Předměty společenských věd

Filozofie v ošetřovatelství

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět filozofie v ošetřovatelství se podílí na formování charakterových vlastností diplomované všeobecné sestry a přispívá ke svobodě myšlení a projevu.

Cílem předmětu je:

- poskytnout informace o základních filozofických kategoriích a pojmech,
- poskytnout informace o jednotlivých světových názorech,
- vytvořit předpoklady pro pochopení souvislostí mezi filozofií, medicínou a ošetřovatelstvím v historickém vývoji a současnosti,
- seznámit se s názory člověka z *multikulturního pohledu* na život a smrt, na zdraví a nemoc.

Rozpis učiva:

1. ročník, 1. a 2. blok
(1 hodina týdně, 14 týdnů, tj. 14 hodin)

- 1. Předmět filozofie. Vztah filozofie a medicíny**
- 2. Světový názor**
3. Vývoj světového názoru a vliv na zdravotnické pracovníky a klienty/nemocné
 - 3.1. Hierarchie hodnot. *Hodnoty a jejich ovlivnění sociokulturním prostředím jedince*
- 4. Názory člověka z *multikulturního pohledu* na život, smrt, zdraví, nemoc**
- 5. Kvalita a smysl lidského života z *multikulturního pohledu* filozofů, zdravotníků/nemocných**
 - 5.1. Vývoj názorů na kvalitu a smysl lidského života u různých věkových skupin
 - 5.2. *Multikulturní názory na kvalitu a smysl lidského života***
- 6. Právo na zdraví a osobní odpovědnost za zdraví z *multikulturního pohledu***
- 7. Thanatologie**

Psychologie

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický, klade si za cíl poskytnout základní vědomosti z psychologie, které jsou potřebné pro další studium psychologie aplikované. Absolvent se umí orientovat v teoretických základech psychologie, má poznatky z psychologie osobnosti, rozumí vlastnostem osobnosti, psychickým procesům a stavům osobnosti. Má představu ontogenetického vývoje psychiky, chápe vývoj psychosociálních *a kulturních* potřeb jedince od narození až do smrti, potřebu jejich uspokojování, zná možnosti autoregulace.

Rozpis učiva:

- 1. ročník**, 1., 2. a 3. blok
(2 hodiny týdně, 27 týdnů, tj. 54 hodin)
2. ročník, 4. blok
(2 hodiny týdně, 16 týdnů, tj. 32 hodin)

1. Teoretické základy a systém psychologie

- 1.1. Psychologie – vznik, předmět, systém psychologických věd
- 1.2. *Význam znalosti zásad multikulturní výchovy*
- 1.3. Psychika, vědomí, nevědomí
- 1.4. Fylogeneze lidské psychiky, biologické základy psychiky
- 1.5. Sociální základy psychiky
- 1.6. Metody psychologie, využití psychologie v praxi se zřetelem na praxi zdravotnickou

2. Osobnost

- 2.1. Pojem, pojetí osobnosti, vývoj osobnosti v procesu socializace, teorie osobnosti
 - 2.1.1. *Vliv prostředí, kultury na vývoj jednotlivce*
- 2.2. Struktura osobnosti, vlastnosti osobnosti motivační, povahové, schopnost učení, poznávání osobnosti, posuzování osobnosti, chyby v posuzování osobnosti, poruchy osobnosti.
- 2.3. Typologie osobnosti
- 2.4. Psychické procesy a stavy osobnosti – procesy poznávací, emoční a volní, jejich význam, poruchy
- 2.5. Sebepoznávání a sebehodnocení
- 2.6. Psychohygiena jako hygiena duševního zdraví *a vzájemná rovnost v mezilidských vztazích*

3. Ontogenetická psychologie

- 3.1. Ontogeneze psychiky
- 3.2. Vývoj v jednotlivých věkových obdobích života člověka – *tělesný, psychosociální, kognitivní, morální a duchovní*
- 3.3. Vývoj a uspokojování potřeb v jednotlivých věkových obdobích – *jejich kulturní modifikace*

Sociální a zdravotnická psychologie

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět je chápán jako teoreticko-praktický se zaměřením na využití základních vědomostí ze sociální a zdravotnické psychologie v ošetrovatelství. Absolvent se umí orientovat v teoretických základech sociální psychologie, dokáže je aplikovat na profesní sociální skupinu a umí je využít v sociálním chování osobním i profesním. Rozumí sociálním změnám v sociálním chování nemocných, dokáže je rozpoznat, reagovat na ně adekvátním způsobem, je schopen empatie a psychoterapie v širším slova smyslu.

Rozpis učiva:

1. ročník , 1.,2. a 3. blok

(1 hodina týdně, 14 týdnů, tj. 14 hodin, 2 hodiny týdně, 13 týdnů, tj. 26 hodin)

2. ročník, 4. a 6. blok

(2 hodiny týdně, 16 týdnů, tj. 32 hodin, 1 hodina týdně, 8 týdnů, tj. 8 hodin)

1. Základní sociální psychologie

1.1. Předmět a cíle sociální psychologie

Sociální podstata osobnosti, socializace osobnosti a její výsledky ve sféře osobní a profesní

1.2. Sociální učení a zrání

1.3. Sociální skupiny, jejich vliv na jedince

1.3.1. Druhy skupin, skupinové normy, hodnoty

1.3.2. *Model rodiny- multikulturní tradice*

1.3.3. Sociometrie

1.4. Sociální vnímání, vývoj, chyby v percepci sebe a druhých

1.5. Sociální interakce

1.6. Sociální adaptace, *kulturní šok*, adaptační mechanismy, poruchy adaptace

1.7. Konflikt, jeho řešení a *kulturní – temperamentové národnostní odlišnosti*

1.8. Poruchy socializace

1.9. Profesionální sociální skupiny – pozice, status, role, vedení

1.10. Druhy profesních skupin, profesionální adaptace, deformace

1.11. Sociální percepce, interakce, adaptace v profesionální skupině

1.12. Adaptace v zátěžových situacích, adaptivní a maladaptivní chování ve svízelných situacích

1.13. Zdravotník jako osobnost v profesní sociální skupině – *multikulturní kooperace*

2. Zdravotnická psychologie

2.1. Psychologická problematika nemoci – Psychosomatické a somatopsychické vztahy

2.2. Subjektivní prožívání nemoci – *jeho modifikace kulturou*. Vlastnosti v psychice nemocných.

2.3. Fáze prožívání nemoci v čase

2.4. Poměr nemocného k nemoci a zdravotní uvědomění – *kulturní odlišnosti*.

2.5. Kategorie nemocných z psychologického hlediska

2.6. Psychologická problematika čekárny, ordinace

2.7. Psychologická problematika hospitalizace – *systém zdravotnické péče jako subkultura*.

Neurotizace, deprivace, deprivanční syndrom. Psychologická problematika návštěv

2.8. Psychologická problematika domácí péče

2.9. Problematika iatropatogenie, sorrorigenie

2.10. Zdravotník jako klient/nemocný

2.11. Psychologie bolesti, úzkosti, strachu, nejistoty, pocitu méněcennosti a *jejich modifikace kulturou*

2.12. Psychoterapie v práci sestry, produktivní a neproduktivní chování. Využití psychologických prostředků v léčbě a ošetřování

2.13. Zvláštnosti přístupu k dětským a dospělým klientům/nemocným na jednotlivých odděleních – interním, chirurgickém, gynekologicko-porodnickém, onkologickém, neurologickém, ORL, kožním, psychiatrickém a v domácí péči

2.14. Umírání, smrt a *jejich kulturní specifika* z pohledu psychologie

3. Psychologie postiženého jedince

- 3.1. Druhy postižení, vznik, vývoj. Postižený jedinec a rodina – *vztahy u odlišných kultur*
- 3.2. Mentálně, tělesně, smyslově, řečově postižený jedinec - *modifikace kulturou*
- 3.3. Postižený jedinec a společnost, socializační proces, jeho zvláštnosti, úskalí, možnosti socializace
- 3.4. Přístup k postiženým jedincům

Komunikace

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět podstatným způsobem utváří sociální komunikaci v osobní i profesní rovině. Je chápán jako praktická cvičení v komunikaci verbální i neverbální v rámci sociálních skupin.

Absolvent získává pro komunikaci na různých úrovních sociálních vztahů, má základy profesního vystupování a chování, rozumí neverbálním i verbálním projevům klienta/nemocného *různých kultur*, je schopen na ně reagovat na profesní úrovni.

Rozpis učiva:

1. ročník, 1.,2. a 3. blok
(2 hodiny týdně, 27 týdnů, tj. 54 hodin)

1. Komunikace jako forma sociální interakce

1.1. Neverbální komunikace *a její kulturní specifika*

- proxemika, posturologie, haptáky, mimika, kinezika, testika – nácvik modelových situacích.

1.2. Verbální komunikace *a její kulturní specifika*

- komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál, psychický dopad komunikace – cvičení v modelových situacích.

1.3. Rozhovor *a jeho kulturní specifika*

- obsah, forma, druhy, fáze, pravidla vedení rozhovoru, druhy otázek, evalvace a devalvace hodnot

1.4. Komunikace v zátěžových situacích. *Interkulturní komunikační problémy a jazykový deficit.*

2. Profesionální komunikace

2.1. Komunikace s klientem, nemocným v jednotlivých věkových obdobích *a odlišných kultur*

2.2. Komunikace v interpersonálních vztazích

2.3. Specifická komunikace v rámci profesionálního chování sestry v jednotlivých úsecích klinické praxe

- ambulantní,

- lůžkové (základní oddělení, odborná oddělení)

2.4. Prostředky usnadňující interkulturní komunikaci

Sociologie

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět sociologie vede studenty ke komplexnímu a všestrannému nazírání na jevy a procesy ve společnosti ve vztahu k medicíně a ošetrovatelství.

Cílem předmětu je:

- seznámit se s obsahem základních kategorií sociologie,
- seznámit se a umět analyzovat sociologické perspektivy zdraví a nemoci,
- získat poznatky o sociálních vztazích uvnitř profesní skupiny,
- získat poznatky o sociálních vztazích s klientem/nemocným a jeho rodinou **a jejich kulturní odlišnosti**.

Rozpis učiva:

1. ročník, 1. a 2. blok
(1 hodina týdně, 14 týdnů, tj. 14 hodin)

1. Předmět sociologie

1.1. Vznik, vývoj, metody výzkumu, disciplíny

2. Sociologické teorie

3. Sociální útvary

4. Sociální procesy

5. Sociální struktura

6. Sociologie z pohledu zdravotníka

6.1. Vztah sociologie a medicíny v historickém vývoji

6.2. Problematika zdraví a nemoci ze sociologického hlediska

6.3. Role klienta/nemocného a zdravotnického pracovníka v systému zdravotní péče

6.4. Sociální vztahy klienta/nemocný a jeho rodina – členové zdravotnického a ošetrovatelského týmu **a jejich modifikace kulturou**

6.5. **Odlišnosti v pohledu na rodinu, její význam, kulturu a tradice.**

Pedagogika v ošetrovatelství

Pojetí a cíle předmětu:

Obsah předmětu tvoří základní informace o pedagogice jako vědním oboru v návaznosti na využití ve zdravotnické praxi.

Cílem předmětu je:

- poskytnout základní informace o významu výchovy a vzdělávání,
- poskytnout informace o pedagogice jako vědní disciplíně,
- objasnit proces výchovy a vzdělávání, výchovné zásady, metody a postavení sestry jako pedagoga – **a jejich kulturní odlišnosti**

Rozpis učiva:

1. ročník, 1. a 2. blok
(1 hodina týdně, 14 týdnů, tj. 14 hodin)

1. Pedagogika

- 1.1. Předmět pedagogiky, pedagogické disciplíny
- 1.2. Základní pedagogické pojmy
- 1.3. Význam výchovy pro vývoj jedince. *Odlišné kulturní pojetí výchovy*
- 1.4. Výchovné prostředky
- 1.5. Výchovné zásady, jejich uplatňování v profesním přístupu
- 1.6. Výchovné metody, jejich využití v ošetrovatelské praxi
- 1.7. Výchovné styly

2. Zásady výchovného působení sestry

- 2.1. Výchovné působení sestry a dospělých v jednotlivých úsecích zdravotní péče (ambulantní, nemocniční, domácí péče)
- 2.2. *Zvláštnosti v edukačním přístupu sestry ke klientům jednotlivých kultur*

Etika v ošetrovatelství

Pojetí a cíle předmětu:

Předmět významným způsobem ovlivňuje profesní myšlení, přispívá k formování mravních profesních vlastností.

Cílem předmětu je:

- poskytnout základní vědomosti o obecně platných mravních normách
- seznámit s etickými aspekty v *multikulturní* ošetrovatelské péči
- poskytnout informace o etických profesních kodexech

Rozpis učiva:

2. ročník, 4. a 6. blok
(1 hodina týdně, 24 týdnů, tj. 24 hodin)

1. Etika jako vědní obor

- 1.1. Základní pojmy, jejich význam
- 1.2. Etické směry
 - křesťanské etika
 - materialistické etické směry
 - jiné etické směry

2. Etické normy v práci sestry

- 2.1. Zdravotnická etika, lékařská etika, etika v ošetrovatelství
- 2.2. Etické kodexy v profesi sestry
 - Mezinárodní pravidla pro chování sestry z roku 1964
 - Základní úkoly sestry (INC 1973)
 - Etické normy v ošetrovatelském povolání z roku 1991
 - Evropská charta práv a svobod (Maastricht 1993)
 - Práva pacientů jako etická norma
 - Charta práv hospitalizovaných dětí
 - Deklarace práv duševně postižených
 - Helsinská deklarace
 - Práva těhotných a nenarozeného dítěte

- Etické zásady vědce pracujícího se zvířaty, lékaře pracujícího na klinickém hodnocení nových léků, léčebných a operačních postupů
- 2.3. Etické problémy umírání a smrti v *multikulturním světě*
- Práva umírajícího a jeho rodiny

IV. Předmět praktická výuka

Poznámka:

K cílům předmětu „Odborná praxe“ přiřadit:

- *Schopnost adaptovat ošetrovatelský proces u klientů s ohledem na jejich etnické, kulturní a duchovní specifika.*

6. Literatura a prameny

1. Advanced Nursing Practice
2. Allan, J., Butterworth, J., Langleyová, M. *Víry a vyznání*. Bratislava: Slovart, 1993. ISBN 80-7145-011-1
3. Anastassiadou, H. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. In Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Mezinárodní konference ošetrovatelství v Olomouci. Praha: Grada, 2002. s. 21. ISBN 80-247-0536-2.
4. Becker, S.; Wunderer E.; Schulz-Gambard, J.; Sezfarth-Metzger, I.; Wesselman, E. *Muslimische Patienten*. Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. 2. Auflage, Germering/ München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, 2001. ISBN 3-88603-733-9
5. Benedictová, R. *Kulturní vzorce*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-212-7.
6. Brown, M. J., Jorgensen, F. *An English Handbook for Nurses. Anglicko-Český příruční slovníček pro sestry*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2000. ISBN 80-86225-07-0.
7. Budil, I. T. *Mýtus, jazyk a kulturní antropologie*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-7254-001-7.
8. De Vito, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8.
9. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
10. Ferjenčík, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
11. Frištenská, H. *Pojmy xenofobie, rasismus, rasové násilí a diskriminace*. In ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 1998, s. 12-15.
12. Geisler, E. M. *Cultural Assessment*. St. Louis, Missouri: MOSBY Inc., 1998. ISBN 0-8151-3633-1.
13. Geist, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-85605-28-7
14. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Galén, 1994.
15. Holm, N. G. *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-217-3.
16. Honzák Radkin, *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4
17. Hübschmannová, M. *Šaj pes dovakeras. Můžeme se domluvit*. Olomouc: UP, 1998. ISBN-80-7067-905-0.
18. Kol. autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
19. Kol. FN Olomouc. *Informační materiály pro pacienty/klienty nemocnice*.
20. Koonz, Weihrich. *Management*. Praha: Victoria Publishing, 1996.
21. Kozier - Erb - Olivieri. *Ošetrovatelství I. a II. díl*. Martin: Osveta, 1996.
22. Küng, H., van Ess, J. *Křesťanství a islám*. Praha: Vyšehrad, 1998. ISBN 80-7021-262-4.
23. Küng, H., von Stietencron, H. *Křesťanství a hinduismus*. Praha: Vyšehrad, 1997. ISBN 80-7021-229-2.
24. Kutnohorská, J. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. In Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Mezinárodní konference ošetrovatelství v Olomouci. Praha: Grada, 2002. s. 229. ISBN 80-247-0536-2.
25. Leininger M. *Transcultural Nursing*. New York: Mc Graw-Hill, 1995.
26. Lorenzová, D., Mareš, J., Měrka, V. *Zdravotnická péče o muslimské pacienty – Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 1999. ISBN 80-85109-10-7.
27. Lustig, M. W., Koester, J. *Intercultural Competence: Interpersonal communication across cultures*. 2. vyd. New York, Harper-Collins, 1996.
28. Mastiliaková, D. *Transkulturní ošetrovatelství – požadavek nového tisíciletí*. Přednáška. České Bubějovice, 2002, s. 84-89. ISBN 80-7040-578-3.

29. Nakonečný, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997.
30. Nečas, C. *Romové v České republice včera a dnes*. Olomouc: UP, 1999. ISBN 80-7067-952-2.
31. Oakleyová, A. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000. ISBN-80-7178-403-6.
32. Oberg, K. *Článek o kulturním šoku* v časopise *Practical Anthropology* 7, 177-182.
33. Pasch, M., et al. *Od vzdělávacího programu k vyučovací hodině*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-127-4
34. Potočková, D. *Společnost a interkulturalita*. In ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 1998, s. 34.
35. Price, K.M., Cortis, J.D. *The way forward for transcultural nursing*. *Nurse Education Today*, 20, 2000, č.3, s. 233-243.
36. Průcha, J. *Přehled pedagogiky – Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-399-4.
37. Průcha, J. *Multikulturní výchova – Teorie-praxe-výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-8566-72-2.
38. Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. *Pedagogický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-252-1
39. *Romano hangoš*. Romský čtrnáctideník.
40. Roubíček, V. *Úvod do demografie*. Praha: Codex Bohemia, 1997. ISBN 80-85963-43-4
41. Řičan, P. *S Rómy žít budeme – jde o to jak*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-410-9.
42. Samovar, L.A., Porter, R.E. *Communication between cultures*. Belmont, CA: Wadsworth, 1991.
43. Šišková, T. a kol. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-285-8.
44. Sirkka, K.A. *How to Improve Cultural Competence in Nursing*. (Finsko. In *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc- Velká Bystřice. Praha: Galen, 2000. ISBN 80-86257-21-5.)
45. Sirkka, K.A. *Why cultural aspects is needed in nursing? Some cultural perspectives in nursing care...* (Finsko. In: *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc- Velká Bystřice. Praha: Galen, 2000. ISBN 80-86257-21-5.)
46. Soukup, V. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-328-5.
47. Stolínová J., Mach J. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 1998.
48. Světové dokumenty V. *Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace*. Ostrava: Aries.
49. Světové dokumenty VII. *Úmluva o právním postavení uprchlíků*. Ostrava: Aries.
50. Soukup, V. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-328-5.
51. Svobodová, A. *Analýza prací žáků osmých až devátých tříd některých pražských základních škol*. In ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 1998, s. 131-133.
52. Szczygiel, B. *Rubikon černých dívek*. Praha: Panorama, 1986.
53. Šišková, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-285-8.
54. Špirudová, L. *Transkulturní ošetřovatelství ve studijním programu oboru ošetřovatelství na LF UP v Olomouci*. In *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc- Velká Bystřice. Praha: Galen, 2000. ISBN 80-86257-21-5.
55. Špirudová, L. *Rómský pacient*. Přednáška. Praha: FN Motol, 2001.
56. Tomášková, P. *Právní rámce problematiky migrantů a menšin*. In ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Menšiny a migranti v České republice – My a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha, Portál, 2001, s. 32-33.

57. Trachtová, E a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1 vydání. Brno: IDVPZ,1999.
58. Typovská,L.a kol. *Vybrané problémy současné společnosti*. Olomouc: UP, Andragogé, 1999.
59. Typovská,L.a kol. *Menšiny z pohledu sociologie*.Sylabus pro kurz romských poradců. Olomouc:UP- FF, 1999.
60. Vágnerová,V. *Psychopatologie pro pomáhající profese (Variabilita a patologie lidské psychiky)*. Praha: Portál,1999. ISBN 80-7178-214-9.
61. Vykopalová Hana, *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie v kontextu komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001.
62. Výrost,J., Slaměník,I. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha:Portál,1998. ISBN 80-7178-269-6.
63. Wesselman E. *Materiály vnitřní tlumočnické služby nemocnice Mnichov Schwabing*.
64. Wolf, J. *Člověk ve světě náboženství*. Praha: Unitaria, 1992. ISBN 80-901277-0-3.
65. Wolf, J. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti – Člověk a jeho svět II*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0099-4
66. www.dzeno.cz (*Amaro gendalos* 1998 - 2001)
67. www.romove.cz
68. www.vlada.cz
69. [http: // www.czso.cz](http://www.czso.cz), 13.9. 2002
70. <http://utpo.upol.cz> - *Edukační práce studentů (1998-2001)*.
71. Zoucha,R. *The keys to culturaly sensitive care*. Journal of Advanced Nursing, 100, 2000, č.3.

7. Přílohy

7.1. Příloha č. 1 - Znaky duchovního zdraví

<i>Potřeby</i>	<i>Chování pacienta či okolí</i>
Potřeba vlastního významu a účelu v životě	<ul style="list-style-type: none">• Vyjadřuje se, že v minulosti žil v souladu se svým systémem hodnot.• Vyjadřuje přání účastnit se na náboženských obřadech.• V současnosti žije v souladu se svým systémem hodnot.• Vyjadřuje spokojenost se životem.• Vyjadřuje naději do budoucna.
Potřeba přijímat lásku	<ul style="list-style-type: none">• Vyjadřuje naději na posmrtný život.• Vyjadřuje naději ve zdravotnický tým.• Vyjadřuje pocit, že ho má rád Bůh a jiní lidé.• Vyjadřuje přání vykonávat religiózní obřady vedoucí ke spasení.• Při hledání východiska ze situace, nad kterou nemá kontrolu, věří Bohu a jiným lidem.
Potřeba rozdávat lásku	<ul style="list-style-type: none">• Vyjadřuje lásku k jiným prostřednictvím skutků.• Hledá dobro pro druhé.
Potřeba naděje a tvořivosti	<ul style="list-style-type: none">• Žádá realistické informace o svém stavu.• Mluví o svém stavu realisticky.• Staví si reálné osobní cíle v otázkách zdraví.• Během choroby či hospitalizace užitečně využívá čas.• Svoje vnitřní ego si cení více jako fyzické.

7.2. Příloha č. 2 - Duchovní vývoj v jednotlivých věkových obdobích

Kojenci a batolata

- Kojenci nebo batolata nemají smysl pro dobré nebo pro zlé, pro duchovní přesvědčení či přesvědčení pro řízení činností.
- Batolata při napodobování dospělých se mohou chovat podle rituálů (např. modlitba před spaním).
- Batolata mohou navštěvovat církevní jesle, důraz se zde klade na posilování jejich pozitivního sebeuvědomění.

Předškolní věk

- Rodičovské přístupy k morálnímu kodexu a k náboženství ukáží dětem, co se pokládá za dobré a špatné.
- Děti dříve kopírují to, co vidí a méně dělají to co se jim poví. Pokud to, co vidí, a to co slyší, je v rozporu, nastávají problémy.
- Děti často kladou otázky o morálce a náboženství (např. „Proč je to - nějaké slovo nebo činnost - špatné?“, „Co je to nebe?“ apod.). Jsou přesvědčení, že jejich rodiče, stejně jako Bůh, jsou všemocní.
- V duchovní výchově dětí předškolního věku se používají dvě metody: jejich učení k víře (indoktrinace) nebo poskytnutí možnosti jejich vlastního rozhodnutí.
- Děti předškolního věku ještě náboženství nerozumějí, přesto je již součástí jejich života. Pětileté děti se již umí sami modlit.
- Víra, že Bůh nebo lidé jsou odpovědní za přírodní jevy, jako je například déšť či vítr. Můžou si to zdůvodnit: „Když prší, tak Bůh pláče, když je vítr, tak Bůh fouká na svět ústy.“
- Mnoho dětí navštěvuje církevní mateřské školy a mají také církevní prázdniny. Na takovéto prázdniny a jejich smysl se velmi ptají. Více je zaměstnává příchod svatého Mikuláše s dárky než sám význam vánočních svátků. Když se začnou děti ptát na takové mýty, jako jsou velikonoční zajíčci, jsou už připravení na důslednější vysvětlení Velké noci.

Školní věk

- Děti mladšího školního věku očekávají vyslyšení svých modliteb, odměnění dobra a potrestání zla.
- V prepubertální fázi si děti začínají uvědomovat duchovní rozčarování: jejich modlitby nemusí být načas vyslyšené. Děti si začínají zdůvodňovat, než jen slepě přijímat víru.
- Některé děti pozmění určité religiózní praktiky nebo od nich upustí (např. modlitby pro hmatatelné zisky), jiné v nich pokračují jen kvůli rodičům.
- Během dospívání děti porovnávají vzory svých rodičů s jinými a rozhodují se, který z nich by chtěli zabudovat do vlastního chování.
- Okolo 16. roku se mnozí adolescenti už rozhodli, či budou akceptovat náboženství rodičů. Mohou zažít duchovní probuzení, např. pocit záchrany nebo přeměny, buď na ráz, anebo postupně.
- Adolescenti, kteří mají rodiče různého vyznání, si můžou vybrat jedno z nich.
- Pro některé může být víra zdrojem posílení v těchto nepokojných letech.

Dospělí

- Mladí dospělí, kteří mají vysvětlovat religiózní otázky svým dětem zjišťují, že to, co se naučili v dětství je nyní mnohem přijatelnější, než když sami dospívali.
- Během středního věku, když jsou již děti mnohem starší, dospělí často zjistí, že na náboženské aktivity mají mnohem více času.
- Starší dospělí, kteří si vytvořili religiózní hodnoty, často usilují o jejich rozšíření a pochopit novější hodnoty mladších lidí.
- Starší lidé bez vytříbených náboženských názorů mohou zažívat pocit deprivace, když se stávají méně aktivní , např. při odchodu do důchodu.
- V těchto se lidé setkávají častěji se smrtí (manželských partnerů, přátel), anebo s ní sami bojují. To je může velmi skličovat. Proto vytvoření si vyzrálé náboženské filozofie starším osobám často pomáhá vyrovnat se s realitou, zúčastňovat se na životě, cenit si sebe samého a akceptovat smrt jako nevyhnutelnou.
(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, str. 778-779)

7.3. Příloha č. 3 - Duchovní blaho

Religiózní složka

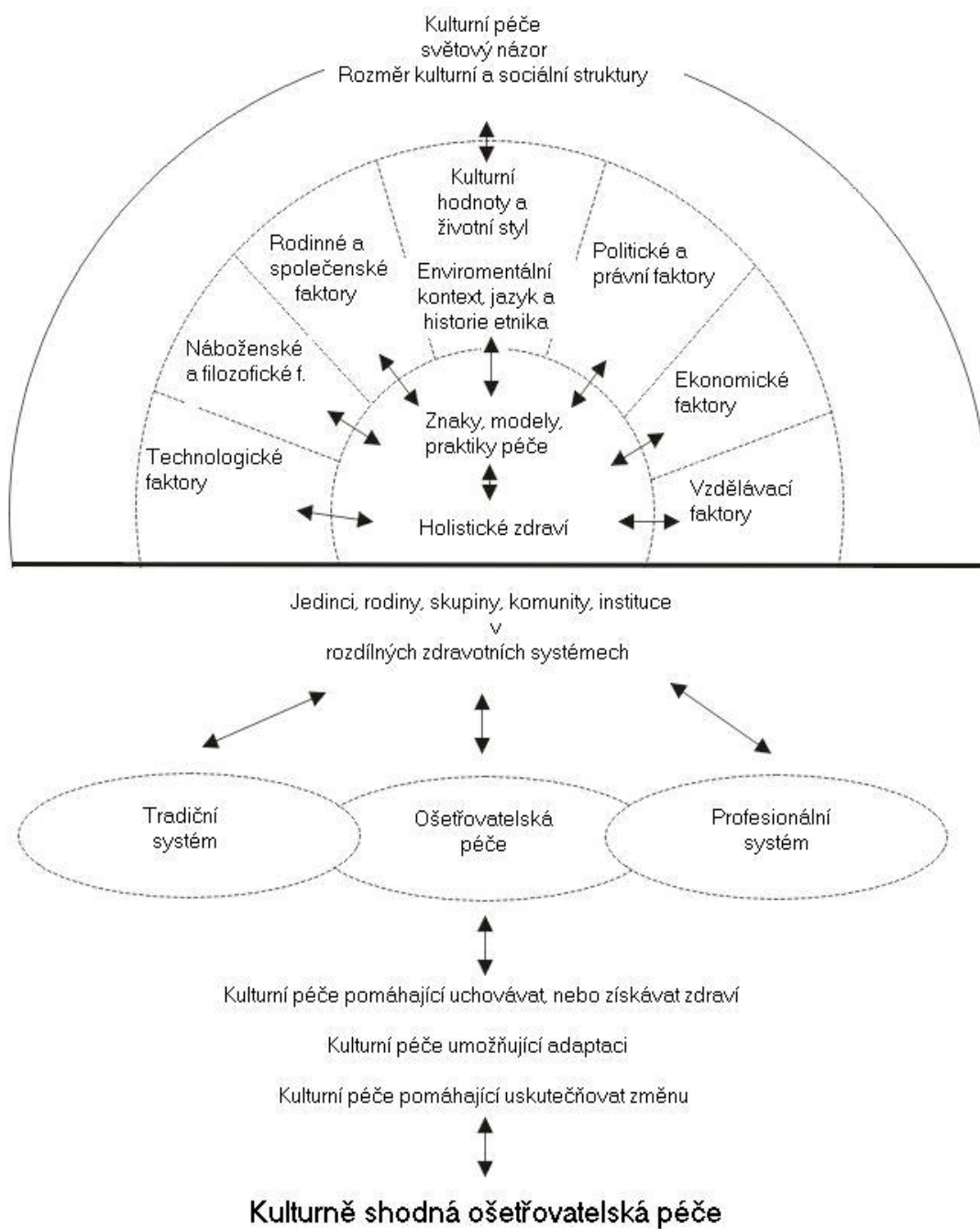
- Věřím, že mě má Bůh rád.
- Mám osobní a smysluplný vztah s Bohem.
- Věřím, že se Bůh zajímá o můj problém.
- Můj vztah k Bohu mi pomáhá necítit se osaměle.
- Největší zadostiučinění mám, když jsem v blízkém spojení s Bohem.
- Můj vztah k Bohu přispívá k mému pocitu duchovního blaha.

Smysl a účel života

- Jsem přesvědčený, že život je pozitivní zkušeností.
- Život mi dává pocit obsažnosti a zadostiučinění.
- V otázce směřování mého života mám dobrý pocit.
- Mám dobrý pocit z vlastní budoucnosti.
- Věřím, život má opravdový smysl.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, str. 783)

7.4. Příloha č. 4 - Model vycházejícího slunce



7.5. Příloha č. 5 - Dotazník pro vyučující na SZŠ a VZŠ

I. ČÁST DOTAZNÍKU – tato část je určena pro všechny vyučující SZŠ a VZŠ

1. Učíte na:

- SZŠ
- VZŠ
- SZŠ i VZŠ

2. Jak dlouho učíte na SZŠ:

- 0 – 5 let
- 6 - 9 let
- 10 – 14 let
- 15 – 25 let
- déle

Jak dlouho učíte na VZŠ:

3. Vypište předměty, které vyučujete na SZŠ:

- Teoretické:

- Odborné :

Vypište, které předměty vyučujete na VZŠ:

- Teoretické:

- Odborné:

4. Jaké nejvyšší vzdělání jste dosáhl/dosáhla?

- středoškolské
- vyšší odborné
- IDV PZ
- Bc.
- Mgr.
- PhDr.
- Jiné

Studujete nyní?

- Studující Bc.
- Studující Mgr.
- Jiné

5. Jste věřící?

- Ano (jakou vyznáváte víru)
- Ne

6. Jaké jste národnosti / etnika?

7. Setkal/setkala jste se s pojmy „Transkulturní / multikulturní ošetřovatelství“?

- Ne
- Ano

Pokud tyto pojmy znáte, napište:

- Kde a kdy jste se těmito pojmy setkali poprvé?
- Co si pod těmito pojmy představujete?

8. Myslíte si, že je potřeba seznamovat žáky zdravotnických škol se specifiky jiných národností, etnik a kultur?

- Ano, je to velmi důležité.
- Ano, ale jenom okrajově (v našich podmínkách to není moc důležité).
- Ne, nepokládám to vůbec za důležité.
- Nevím.

9. Tyto informace by měli žáci získávat ve formě:

- Samostatného předmětu:
 - povinného
 - volitelného
- V předmětu ošetrovatelství - se zvýšením časové dotace na tento předmět.
- Každý předmět (odborný i teoretický) by měl podávat informace o této problematice, tj. mezipředmětová návaznost.
- V jiné formě (napište - v jaké)

10. Na jakém stupni vzdělávání by měli být žáci informováni o transkulturním/multikulturním ošetrovatelství (tj. ošetrovatelské péči, která je zaměřena na uspokojování specifických potřeb pacientů jiných národností, etnik nebo kultur)?

- na SZŠ
- na VZŠ
- na vysoké škole

11. Přiřazujete do výuky informace o specifikách jednotlivých národností, etnik a kultur? K jednotlivým bodům předložené škály napište předměty, které vyučujete.

1. Ano, pokládám to za důležité v předmětu:
2. Ano, ale jenom částečně v předmětu:
3. Ne, není to součást osnov v předmětu:
4. Ne, v předmětu:
5. Ne, nepokládám to za důležité v předmětu:

12. Podle vašeho názoru, mohly by být tyto informace zařazeny do předmětů, které vyučujete?

- Do všech
- Do vybraných předmětů (uved'te - do kterých)

13. Jaké informace máte o této problematice?

- Bez znalostí.
- Částečné znalosti.
- Hlubší znalosti/ zájem o tuto problematiku.

Jaké používáte zdroje informací k této problematice? Pokud zaškrtnete více možností, označte škálu číselně - podle množství informací z jednotlivých zdrojů (č.1 – nejvíce informací).

- Žádné
- Knihy
- Časopisy
- Televizní pořady
- Internet
- Informace z konferencí
- Jiné

II.ČÁST – tato část dotazníku je určena pro vyučující předmětu „Ošetřování nemocných“

14. Jak často se setkáváte při odborné praxi v nemocnici s pacienty jiné národnosti, etnika, kultury?

- Velmi často.
- Občas.
- Nevím, nikdy jsem si toho nevšimla.
- Nikdy.

15. Pokud s žáky ošetřujete pacienta jiné národnosti, etnika nebo kultury informujete se o jeho specifických potřebách?

- Ano
- Ano, ale pouze někdy.
- Ne, nepokládám to za důležité.
- Ne

16. Přišla jste během výuky odborné praxe do konfliktu s pacientem jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- Ne
- Ano (prosím, popište tuto situaci)

17. Myslíte si, že je v nemocnicích České republiky brán ohled na specifické potřeby pacientů jiné národnosti, etnika nebo kultury?

- Ano
- Ne

Pokud si myslíte, že není zaškrtněte (napíšte) z jakého důvodu. Pokud zaškrtnete více možností, napíšte k jednotlivým bodům čísla (přičemž č.1 bude znamenat nejvýznamnější důvod).

- Nedostatečná znalost této problematiky.
- Nedostatek času sester zabývat se touto problematikou.
- Nezájmem sester zabývat se touto problematikou.
- Jazyková bariera.
- Jiný důvod (jaký?).

7.6. Příloha č. 6 - Dotazník pro studenty SZŠ a VZŠ

1. Studujete na:

- SZŠ (ročník)
- VZŠ (ročník, obor)

2. Jste věřící?

- Ano (jakou vyznáváte víru)
- Ne

3. Jaké jste národnosti / etnika?

4. Setkal/setkala jste se s pojmy „Transkulturní / multikulturní ošetrovatelství“?

- Ano
- Ne

Pokud tyto pojmy znáte, napište:

- Kde a kdy jste se těmito pojmy setkali poprvé?
- Co si pod těmito pojmy představujete?

5. Zajímáte se o jiné národy, etnické skupiny a kultury?

- Ano
- Ne

Pokud jste zaškrtnli odpověď „ano“ – zaškrtněte, jaké informační zdroje používáte. Pokud zaškrtnete více možností, označte číselnou škálou - z jakých zdrojů získáváte nejvíce informací (číslem 1- vyznačte zdroj, kde získáváte nejvíce informací).

- Knihy
- Časopisy
- Televizní pořady
- Internet
- Výuka ve škole (napište vyučovací předmět, kde získáváte nejvíce informací)
- Jiné zdroje (uved'te – jaké)

6. Napište, v kterých předmětech na zdravotnické škole jste se dozvěděl/dozvěděla o jiných národech, etnických skupinách nebo kulturách?

7. Myslíte si, že informace, které jste získali během výuky na zdravotnické škole vám poskytují dostatek informací k tomu, aby jste mohli uspokojovat potřeby nemocných jiných národností, etnik nebo kultur?

- Ano
- Ne

Pokud jste zaškrtnli odpověď „ne“. Napište, v jaké formě by bylo pro vás nejvhodnější tyto informace získávat.

- V samostatném předmětu
 - povinném
 - nepovinném

- V předmětu ošetrovatelství – se zvýšenou časovou dotací na tento předmět.
 - Každý předmět (odborný, teoretický) by měl podávat informace o této problematice.
 - V jiné formě (napište - v jaké)
- 8. Do jakých předmětů – podle vašeho názoru, by mohly být informace o jiných národech, etnických skupinách a kulturách zařazeny?**
- 9. Jak často se setkáváte při odborné praxi v nemocnici s pacienty jiné národnosti, etnika, kultury?**
- Velmi často.
 - Občas.
 - Nevím, nikdy jsem si toho nevšiml/nevšimla.
 - Nikdy.
- 10. Pokud - ošetřujete pacienta jiné národnosti, etnika nebo kultury informujete se o jeho specifických potřebách?**
- Ano
 - Ano, ale pouze někdy.
 - Ne, nepokládám to za důležité.
 - Ne
- 11. Přišla jste během výuky odborné praxe do konfliktu s pacientem jiné národnosti, etnika nebo kultury?**
- Ne
 - Ano (prosím, popište tuto situaci)
- 12. Myslíte si, že je v nemocnicích České republiky brán ohled na specifické potřeby pacientů jiné národnosti, etnika nebo kultury?**
- Ano
 - Ne
- Pokud si myslíte, že není zaškrtněte (napište) z jakého důvodu. Pokud zaškrtnete více možností, napište k jednotlivým bodům čísla (příčemž č.1 bude znamenat nejvýznamnější důvod).**
- Nedostatečná znalost této problematiky.
 - Nedostatek času sester zabývat se touto problematikou.
 - Nezájmem sester zabývat se touto problematikou.
 - Jazyková bariera.
 - Jiný důvod (jaký?).