

**KOMUNIKACE SESTER S PACIENTEM CIZINCEM
PŘI POSKYTOVÁNÍ MULTIKULTURNÍ
PÉČE - KOMUNIKATIVNÍ A JAZYKOVÉ BARIÉRY**

Bakalářská práce

Marianna Larionova

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Jana Gombárová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

Marianna Larionova

.....

ABSTRAKT

LARIONOVA, Marianna: Komunikace sester s pacientem cizincem při poskytování multikulturní péče – komunikativní a jazykové bariéry. (Bakalářská práce) Marianna Larionova – Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství. Školitel: PhDr. Jana Gombárová. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je komunikace zdravotních sester s pacienty cizinci při poskytování multikulturní péče a také vznikající komunikativní a jazykové problémy. V mnoha zahraničních výzkumech bývá komunikace uváděna jako jeden z největších problémů mezi pacienty cizinci a zdravotnickým personálem. Mnou provedený průzkum tento problém nepotvrdil u pacientů, pocházejících z bývalých zemí SSSR. Většina z nich je schopna domluvit se s lékaři a zdravotními sestrami rusko-česky. Naopak, tento problém se potvrdil u respondentů schopných se domluvit pouze anglicky. Cílem mého výzkumu bylo také zjistit, zda jádro problému leží skutečně v jazykové nekompetentnosti českého zdravotnického personálu, nebo v odlišném způsobu jednání s pacientem. Dalším tématem k zamyšlení byla otázka, jaké problémy vznikají následkem jazykové bariéry u těch cizinců, kteří neovládají český jazyk a nejsou schopni na základě neznalosti nebo nedostatečné znalosti českého jazyka popsat své problémy a porozumět instrukcím lékařů a ošetřovatelů. Za tímto účelem byly vytvořeny dva dotazníky – jeden v anglickém, druhý v ruském jazyce.

V teoretické části jsem uvedla nejdůležitější termíny a jevy, se kterými se setkáváme na poli transkulturního ošetrovatelství.

Klíčová slova: Pacient – cizinec, národnostní menšina, jazyková bariéra, informovanost, pojištěnec, cizinecké oddělení, zdravotní péče, zdravotnické zařízení, medicínské standardy, etický kodex práv pacienta

ABSTRAKT

LARIONOVA, Marianna: Communication of nurses with the foreign patients during giving them multicultural care - communication and language barriers. (Bachelor's work). Marianna Larionova. High Medical school o.p.s. in Prague. Level of special qualification. Bachelors in nurse care. Director of studies PhDr. Jana Gombarova. High Medical School o.p.s in Prague. 2008.

The main subject of the bachelors work is communication nurses with the foreign patients during providing multicultural care and also problems with communication and language barriers.

In many foreign researches the communication is one from the biggest problems between foreign patients and medical staff. The research that I have done didn't confirm this problem for patients from the ex-SSSR. Most of them can understand with a doctor and nurses in Russian or Czech. Opposite, this problem confirmed between the people who can to communicate just in English. The goal of my research was also to find up if the main problem is lack of language skills among Czech medical personal, or in different way of communication with patients. Another goal of this research was the question which problems arise following these language barriers for the foreigners, who don't speak Czech and not able to explain their problems and don't understand the instructions from the doctor and nurse.

For this purpose was created two questionnaires one in English and another in Russian language.

In theoretical part I introduced the most important terms and effects with which we can meet in the field of transcultural care.

Key words: foreign patients, minority of nationalities, language barriers, medical standards, health care, ethical kodex of patient rights

PŘEDMLUVA

V České republice se v současné době nachází přibližně 322 000 cizinců. Všichni tito cizinci jsou potenciálními příjemci zdravotní péče. Zhoršená dostupnost jim poskytované zdravotní péče ovlivňuje negativně nejen je, ale v některých případech může takto působit i na obyvatelstvo České republiky (např. možnost ohrožení nákazou).

Mezinárodní kodex zdravotních sester (ICN z roku 1973) uvádí, že zdravotní sestra má odpovědnost především k lidem, kteří vyžadují ošetření a následnou péči. Při poskytování takové pomoci má zdravotní sestra vytvářet prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jednotlivců.

Poslední výzkumy v dané oblasti nám poskytly následující výsledky: během odborné praxe se s pacienty jiných národností, etnik a kultur setká pouze 72% žáků SZŠ a 74% studentů VZŠ. Na otázku, zda jsou jejich specifické potřeby dostatečně respektovány, odpovědělo 83% respondentů negativně. Nedbání specifických potřeb klientů jiných národností, etnik nebo kultur odůvodněné nedostatečnou znalostí této problematiky uvedlo 67%. Nedostatek času zdravotních sester zabývat se touto problematikou předpokládá 48% respondentů. K nezájmu sester zabývat se touto problematikou se přiklání 40% respondentů. Jazykovou bariéru uvádí 97% dotazovaných.

V této práci zjišťuji názory samotných pacientů cizinců a porovnávám výskyt problémů souvisejících s komunikační bariérou u anglicky a rusky mluvících respondentů. Dostanou-li se tito jedinci do zařízení pro nemocné a nejsou-li schopni, na základě neznalosti jazyka, vyjádřit své problémy a porozumět instrukcím, dochází k nedostatečné komunikaci, což může vyvolat frustraci, strach, úzkost, hněv, smutek a mnoho dalších nepříznivých emočních stavů, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí. Právě tyto lidské potřeby jsou ale řazeny mezi tzv. základní.

Vlivem nedostatečné informovanosti se může u člověka projevovat také neznalost nebo neporozumění danému problému. Absence informací ztěžuje nemocnému učinit správné rozhodnutí a může vést až k nedodržení léčebného režimu, nesprávnému plnění instrukcí a v konečném důsledku až ke zbytečným komplikacím.

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Janě Gombárové za vedení mé práce a PhDr. Veronice Blažkové za odborný dohled a cenné rady týkající se realizace výzkumu. Také bych ráda poděkovala všem svým známým, kteří se zúčastnili toho výzkumu přímo i tím kdo mi pomohl z hledáním vhodných respondentů - Dave Gefnenu (Prague College, Polská 10, Praha 2), Chedo Demonski (University of New York in Prague), Alexandře Sokolinské (Vysoká škola ekonomická v Praze, VŠE), Alexandře Kleynové (redakce časopisu RUSSKOJE SLOVO).

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MIGRACE A ZDRAVOTNICTVÍ	11
1.1 ZVLÁŠTNOSTI PŘI PRÁCI S PACIENTY ODLIŠNÝCH KULTUR VE ZDRAVOTNICTVÍ	11
1.1.1 STATISTICKÉ ÚDAJE O CIZINCÍCH V ČESKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	13
1.1.2 DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY	14
1.1.3 PŘÍSTUP K CIZINCŮM: MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ	14
1.2 MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA	16
1.3 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	17
1.3.1 ETNIKUM	17
1.3.2 NÁROD, NÁRODNOST	18
1.3.3 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY	20
1.3.4 KULTURA A ASIMILACE	21
1.3.5 KULTURNÍ ŠOK	23
1.3.6 KULTURNÍ ŠOK A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	24
1.3.7 STEREOTYP, PŘEDSUDEK	25
1.3.8 RASA, RASISMUS	26
1.3.9 PLODY RASOVÉ NESNÁŠENLIVOSTI	28
1.4 INTERKULTURNÍ KOMPETENCE	30
1.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA CIZINCE	32
1.6 ETNICKÉCKÉ OTÁZKY PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM CIZINCEM	38
1.7 ETNICKÉ KLIMA ČESKÉ REPUBLIKY	39
1.8 TYPICKÉ ZDRAVOTNÍ PROVLÉMY PAIENTŮ CIZINCŮ	40

2	METODIKA VÝZKUMU	42
2.1	CÍL VÝZKUMU	42
2.2	FORMULACE HYPOTÉZ	43
2.3	VYZUMNÉ METODY	45
2.4	VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA	46
2.4.1	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 1	46
2.4.2	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 2	47
2.4.3	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 4	47
2.4.4	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 5	48
2.4.5	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 6	48
2.4.6	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 7	49
2.4.7	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 8	49
2.4.8	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 9	50
2.4.9	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 10	50
2.4.10	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 11	51
2.4.11	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 12	51
2.4.12	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 13	52
2.4.13	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 14	52
2.4.14	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 15	53
2.4.15	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 16	53
2.4.16	VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 17	54
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
	SEZNAM PŘILOH	61

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Graf 1: anglicky mluvící respondenti	46
Graf 2: rusky mluvící respondenti	46
Graf 3: věkové rozložení respondentů	47
Graf 4: důvod pobytu v ČR	47
Graf 5: zdravotní pojištění	48
Graf 6: problémy s pojištěním	48
Graf 7: informovanost o lince tísňového volání	49
Graf 8: informovanost o cizineckém oddělení	49
Graf 9: zdroje informovanosti o cizineckém oddělení	50
Graf 10: úroveň ovládnutí českého jazyka	50
Graf 11: výskyt problému v komunikaci	51
Graf 12: problémy v komunikaci se zdravotními sestrami a lékaři	51
Graf 13: vliv jazykové bariéry na kvalitu ošetření	52
Graf 14: odložení prohlídky kvůli jazykové bariéře	52
Graf 15: důvod strachu při návštěvě nemocnice	53

ÚVOD

V rámci výuky předmětu Úvod do sociologického výzkumu v roce 2006 jsem provedla průzkum na téma Jazyková bariéra mezi sestrami a pacientem – cizincem, jež měl pro mě dva cíle: zjistit závažnost nedostatečných komunikačních dovedností zdravotních sester v cizích jazycích a zjistit vliv komunikačních bariér na pacienta cizince. Porovnat schopnost komunikace v cizím jazyce u lékařů a u zdravotních sester. Také jsem za jeden z nejzávažnějších problémů považovala úroveň informovanosti o systému zdravotnické péče v ČR a cesty, jakými se dotazovaní k těmto informacím dostali.

Použila jsem metodu dotazníků. Dotazníky jsem připravila a rozdala v ruském a anglickém jazyce. Vybrala jsem 50 cizinců, jejichž rodný jazyk je ruština, a 50 cizinců komunikujících v anglickém jazyce. Byli to muži a ženy ve věku 21 – 65 let, žijící v České republice nejdéle tři roky a jsou zde zaměstnání nebo jsou studenty.

Výzkum mi odhalil zajímavé skutečnosti. U rusky mluvících respondentů jsem zjistila, že jazyková bariéra není natolik závažným problémem, jako častý výskyt psycho – sociálních problémů, způsobených chováním zdravotnického personálu. U anglicky mluvících respondentů se velmi často ukázalo, že zdravotnický personál se snaží hovořit anglicky, ale jazyková vybavenost není příliš dobrá. Toto téma si zaslouží větší pozornost, protože zdravotnická péče poskytovaná cizincům i migrantům je sice i v České republice regulována speciálními zákony, které musí zdravotníci znát a v praxi dodržovat, ale existují specifické situace, které tyto normy neřeší, a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů, sporů i případně žalob.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MIGRACE A ZDRAVOTNICTVÍ

Již po velmi dlouhou dobu je migrace považována za jeden z nejzávažnějších celosvětových problémů a má velmi rozmanité důvody – od politických, přes humanitární, ekonomické, sociální, až po studijní, profesní a samozřejmě také cestování během dovolených. Nejzávažnější formou jsou jistě problémy emigrantů, kteří se potýkají s celou řadou problémů a prožívají mimo jiné kulturní šok, integrační tlak, překonávání jazykových bariér, nezaměstnanost, špatnou ekonomickou situaci rodin, horší ubytovací příp. i pracovní podmínky, ale také to mohou být pocity vlastního "vykořevení" i fyzického ohrožení kvůli rasistickým a xenofobním excesům apod. Často velmi vypjaté životní situace a nevhodné podmínky (ať už v zemi původu, či v nové zemi) se odrážejí v konečném důsledku na zdravotním stavu těchto lidí. Pokud nejsou tyto problémy řešeny, může se to samozřejmě promítnout do zvyšování zdravotních rizik také pro místní populaci (např. TBC, hepatitidy, pohlavně přenosné choroby, HIV aj. infekční choroby), a znamená to tedy zvyšování nákladů na zdravotnické služby, sociální zabezpečení apod. Vzhledem k tomu, že Česká republika patří do EU, je již nyní znát ve zdravotnictví stálý nárůst cizinců na území ČR, a je nezbytné, aby se také český zdravotnický systém více připravoval na větší množství klientů odlišných kultur. Tato příprava je nutná v rovině politické a legislativní, výchovně vzdělávací, manažerské i v rovině přímé zdravotní péče, tedy přímo v praxi (jak lékařů, sester, porodních asistentek, tak všech ostatních pracovníků, kteří na přímé péči participují).

1.1 ZVLÁŠTNOSTI PŘI PRÁCI S PACIENTY ODLIŠNÝCH KULTUR VE ZDRAVOTNICTVÍ

Pro lepší pochopení stavu zdraví a nemoci v kontextu kultury a migrace je nezbytné hlubší pochopení způsobu života lidí v cizích kulturách a sociálních situacích (např.: migrace). Tyto faktory totiž podstatně ovlivňují a pozměňují prožívání, vnímání a sdělování zdravotních problémů. Jsou známy specifické psychosociální syndromy, které s migrací, změnou sociokulturního prostředí a kulturním šokem souvisejí (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, kvůli 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.

(Anastasiadou, 2002, s.22).

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

Při evropských jednáních v Amsterdamu ve dnech 28. - 30.března 1994 schválila WHO dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o soubor zásad, které mají podporovat uplatňování specifických práv pacientů v členských státech EU. Několikrát se zde zmiňuje požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Např.: v prvním článku „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 článku „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 článku „Péče a léčba“ se v 8. bodě 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 i takové situace, které tyto zákonné normy neřeší, neupozorňují na ně a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů, sporů i žalob. Jedná se zejména 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.)

1.1.1 STATISTICKÉ ÚDAJE O CIZINCÍCH V ČESKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

V roce 2006 bylo v nemocnicích v ČR ošetřeno celkem 69 210 cizinců s celkovými náklady na zdravotní péči v hodnotě 458 mil. Kč. Z toho 34 513 ošetřených cizinců pocházelo ze zemí Evropské unie. Tento údaj představuje nárůst v počtu osob o 4 % oproti roku 2005, kdy bylo v nemocnicích ČR ošetřeno 66 852 cizinců. Nejvíce pacientů bylo ze Slovenska, Ukrajiny, a Vietnamu. Nejvyužívanějším způsobem úhrady za ošetření cizinců byla platba v hotovosti a prostřednictvím smluvního zdravotního pojištění. Pohledávky za neuhrazenou zdravotní péčí o cizince ke konci roku 2006 dosáhly 37,6 mil. Kč.

Nejvíce cizinců bylo ošetřeno v nemocnicích v Praze, a to 30 255. Dále se umístily v počtu ošetřených cizinců kraje Jihomoravský (7 937), Středočeský (5 110) a Karlovarský (4 477), což úzce souvisí s ekonomikou a turistickým ruchem těchto oblastí.

Nejčastěji ošetřovanými cizinci v ČR v roce 2006 byli občané Slovenské republiky, kterých bylo 13 646. Dále následují občané skupiny zemí "ostatní"* (11 908), Ukrajinci (9 503), Němci (7 526) a Vietnamci (6 148). V případě porovnávání počtů ošetřených osob podle zemí původu v jednotlivých krajích se objevují Slováci mezi prvními třemi ve 12 z celkových 14 krajů. Na prvních třech místech v krajích se objevují rovněž Němci, skupina "ostatní", Ukrajinci, Nizozemci, Poláci, Vietnamci a Rusové. Slováci jsou na prvním místě v počtu ošetřených cizinců v 10 krajích, konkrétně ve všech kromě Prahy, kde jsou nejčastější "ostatní", a kromě Karlovarského, Libereckého a Královéhradeckého kraje, kde byli nejčastěji ošetřovanými cizinci Němci. Z přímo sousedících zemí Německo, Polsko, Slovensko a Rakousko bylo během roku 2006 ošetřeno celkem 24 456 osob, tj. 35,3 % ze všech. *země skupiny "ostatní": z evropských zemí Albánie, Andorra, Bosna

a Hercegovina, Island, Lichtenštejnsko, Makedonie, Monako, Norsko, San Marino, Švýcarsko, Vatikán; dále mimoevropské země a nezjištěné země (ÚZIS ČR, Aktuální informace Č. 512007, Praha 19.3.2007 Zdroj: ÚZIS ČR z výkazů V (MZ) 1-01)

1.1.2 DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

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 a co považují za nejtěžší v péči o tyto pacienty (Špirudová, L.). Šetření ukázalo, že sestry v České republice mají největší zkušenosti s péčí o tyto skupiny klientů: Romy, Ukrajince, asiaty (uvedly Vietnamce a Korejce), Araby (muslimy, běžence, dále napsaly: Turky, Jordánce, Dagestánce, Moldavany, Bělorusy, Němce, Rakušany, Albánce, Afričany, Indy, Pákistánce, Rusy. Angličany, Svědky Jehovovy a vegetariány – pořadí je uvedeno dle četnosti, od nejvyššího počtu výpovědi k dané národnosti, etniku, kultuře či subkultuře až po ojedinělé výpovědi. Použity jsou pojmy ve kterých se respondenti vyjádřili. Za největší problémy obecně považovali komunikaci a kulturní rozdíly –nerozumí některým hodnotám a chování.

1.1.3 PŘÍSTUP K CIZINCŮM: MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ

Pojem „multikulturní“ vyjadřuje mnohočetnost, početné seskupení kultur, které stojí jakoby vedle sebe, izolovaně, neovlivňují se, nemají definované společné prvky. „Transkulturní“ významově znamená "přesahující" hranice kultury, kdy kultury, které se střetávají se vzájemně ovlivňují a jsou mezi nimi definované prvky, které jsou společné daným kulturám. Užívání těchto pojmů pomůže objasnit i stručný nástin procesu vývoje koncepce vyrovnávání ve společnosti se s fenoménem migrace v zemích, kde je podíl cizinců v populaci velmi vysoký. Snahou těchto společností byla dříve asimilace migrantů (vysvětluje se strachem z ohrožení vlastní, často velmi nízké hladiny národní identity.) Tyto snahy se ale záhy ukázaly jako málo efektivní a na základě kritiky této koncepce byl

přijít koncept multikulturalismu (60. a 70. 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 připisovat 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.

1.2 MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Multikulturní 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)

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. Cílem je, aby tyto naučené vědomosti a postoje eliminovaly vznik předsudků vůči příslušníkům jiných etnik a umožnily tak bezkonfliktní soužití. (Průcha, 2000, s. 168)

Jedná se o pojem, označující způsobilost jedince realizovat ve vlastním jednání tyto dispozice ve vztahu k jedincům, příslušejícím k jiným kulturám. Jde tedy především o to, aby mladý Čech po absolvování povinného vzdělávání znal kulturní specifika Němců nebo Vietnamců, aby si je uvědomoval a uměl v případném styku s nimi tyto kulturní odlišnosti respektovat.

V České republice se pojem "multikulturní výchova" začíná postupně uplatňovat. Bohužel málokdy 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, že je nás zapotřebí multikulturně vzdělávat. Tyto výzvy mají různé příčiny:

Novináři a politici upozorňují na to, že po vstupu do Evropské unie je české obyvatelstvo v intenzivnějším kontaktu s příslušníky jiných zemí, národů a etnik, mělo by na to být tudíž připraveno. 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“.

Často se poukazuje na konflikty v soužití Čechů s Rómskou menšinou, na nepříznivé postoje v České republice vůči uprchlíkům a žadatelům o azyl z různých evropských a mimoevropských zemí. Objevují se i názory na rasistické a nacionalistické postoje určité části českého obyvatelstva.

Evropu v současné zaplavují imigranti především z Afriky, Asie a zemí bývalého Sovětského svazu. Tento jev zasahuje i Českou republiku. Podle studie Populační divize OSN „*Evropu zachrání jen imigranti*“ od hrozícího vymírání, které je důsledkem zvyšujícího se počtu starých lidí a snižující se porodnosti. Na druhé straně však „*v Evropě nyní sílí proticizinecké nálady. A ve většině zemí se v současnosti legislativa v oblasti přistěhovalectví a přijímání cizinců se spíše splňuje*“.

Takto vznikající napětí vedlo k tomu, že se "multikulturní výchova" začala ve světě brát mnohem vážněji. V českém prostředí má tento termín velmi omezené pojetí. Většinou je chápán jako čistě pedagogická záležitost. 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.

V Evropě je multikulturní výchova součástí oficiální vzdělávací politiky a je podporována UNESCO, Radou Evropy a Evropskou unií. Uplatňování multikulturní výchovy ve školách může přispívat k porozumění jiným kulturám a soužití s nimi zejména v situacích, kdy se do mnoha evropských států zvyšuje imigrace z neevropských zemí.

(Průcha, 2001)

1.3 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.3.1 ETNIKUM

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, ethnische Gruppe) setkáváme především v etnologické, kulturněantropologické a sociologické literatuře. (Průcha, 200 I, s.17)

Etnická skupina je označení sociální skupiny, která žije uvnitř většího kulturního a sociálního celku a vykazuje specifické etnické rysy: mezi nejzávažnější patří jazykové, náboženské, dále pak barva pokožky, národní nebo geografický původ předků, rasové aj. rysy. 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 socio – kulturními. (Geist, 1992, s. 387)

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.

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 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)

1.3.2 NÁROD, NÁRODNOST

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:

- Kritérium 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").

- Kritérium politické existence: Národy mají buď vlastní stát, nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě.
- Psychologické kritérium: Subjekty národa (jednotlivci) sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu.

Ve většině případů se všechna 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.

Tři okolnosti jsou nezbytnou podmínkou pro existenci národa:

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

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.

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 přitom 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 zvyklostí.

(Roubíček, 1997, s. 152-155)

1.3.3 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY

Výraz „národnostní menšiny“ bývá užíván k tomu, aby bylo možno zařadit pod jeden stručný zastřešující 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 kritéria, nýbrž na základě náboženského či rasového kritéria. Vznikají tak skupiny populace označované jako náboženská menšina nebo rasová menšina. V České republice se to vztahuje na Židy a Rómy. (Průcha, 200 I, s. 25)

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin, který byl schválen Poslaneckou sněmovnou ČR 10.7.2001 a který nabyl účinnosti dnem vyhlášení 2. srpna 2001, vymezuje pojem národnostní menšinu 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)

1.3.4 KULTURA A ASIMILACE

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 filosof Marcus Tullius Cicero (106-43 př. n.l.), když v Tuskulských hovorech (45 př. n. l.) nazval filosofii kulturou ducha ("cultura animi autem philosophia est"). Tím položil základ pojetí kultury jako charakteristiky lidského vzdělání. (Soukup, 2000, s. 13)

Kultura je produktem učení. Není instinktivní či vrozená. Osvojujeme si ji po narození prostřednictvím životních zkušeností. 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 dojde k jejich úplnému vyloučení.

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)

Enkultura je proces začleňování jedince do kultury, který zahrnuje osvojení artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí sdílených členy dané společnosti.

(Soukup, 2000, s. 201)

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

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

Akultura je 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.

Asimilace je postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány dominantními znaky 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 akultura, 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 kotel", 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)

1.3.5 KULTURNÍ ŠOK

Kulturní šok je psychický i sociální otřes 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 nejpřirozenější. (Potočková, 1998. s. 34)

Fáze kulturního šoku:

První fáze. Iniciační fáze se vyznačuje excitací a nazývá se také "fází medových týdnů", neboli euforií.

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.

Druhá fáze. Jen co se jedinec začne cítit v novém prostředí příjemně, nastupuje druhá fáze, tedy fáze realizace života v novém prostředí. Pokud se jedinec 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.

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.

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)

1.3.6 KULTURNÍ ŠOK A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Kulturní šok může být problémem o to větším, pokud se cizinec znenadání dostane do zdravotnické péče odlišné kultury. V takovém případě působí na jedince celá řada stresujících podnětů. Již časový harmonogram může být nepochopitelně odlišný. Všední den může být 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.

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

- Pokud existuje jazyková bariéra, může sestra zabezpečit tlumočníka, 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.

- Sestra musí ukázat že respektuje pacientovy hodnoty, názory a zvyky. V opačném případě si může pacient vysvětlovat jejich přístup jako opovržlivý, bez jakékoliv úcty. (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 764)

1.3.7 STEREOTYP, PŘEDSUDEK

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 relativní neměnné, přenášené 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 téměř klade 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)

1.3.8 RASA, RASISMUS

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. Romové 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 skinheadů. 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, Afroameričany, 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)

Rasismus

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. Přes všechny mohutné migrační vlny a přes křížení si dodnes lidské rasy uchovávají zcela zřetelné znaky, což je zároveň příčinou rasových konfliktů.

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

Původem rasových teorií a rasistických doktrín jsou 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. Všichni ostatní jsou pro ně vedlejší nebo přímo méněcenní, podřízení, či nežádoucí.

Rasismus byl konečně vždy teoretickou základnou k násilnému ovládnutí jedněch národů a států druhými a také důvodem k vyhlášení válek (většina válek v Evropě byly války "náboženské", tj. náboženství se stalo jen záminkou, zástupným důvodem a příčinou).

1.3.9 PLODY RASOVÉ NESNÁŠENLIVOSTI

Rasová diskriminace

Definice sociologická a filosofická: 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 práva 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 je nezbytná k tomu, aby jim zabezpečila rovné užívání nebo výkon lidských práv a svobod, pokud ovšem tato opatření nevedou k nerovným právům pro různé rasové skupiny a pokud nezůstanou v platnosti po dosažení cílů, pro které byla přijata.

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, genocida, 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 filosofická: 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 (způsob posuzování své vlastní etnické či národnostní skupiny). Xenofobie je základem různých nenávistných ideologií, jako je

rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus apod. Je také nejnižší 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.

Právní definice neexistuje, protože xenofobie není jevem, jež by mohl či měl regulovat právo - jde o soukromý a svobodný pocit či postoj, nikoliv 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)

1.4 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 vůči frustraci. 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. To je velmi snadné 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 ingredience, které mohou být nápomocny:

Pochopení vlastní kultury: Nejprve si musíme sami uvědomit jak výrazně jsme formováni vlastní kulturou. Náš náhled na určité věci je tak samozřejmý, že si mnohdy ani nedovedeme představit, že by 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 se na začátku se trochu omezit v projevech a zaujmout spíše roli pozorného pozorovatele. Pokusit se představit si náhled toho druhého a vycházet z toho, že může být odlišný od našeho.

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.

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)

1.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA CIZINCE

Na začátku ošetrovatelského procesu by si měly zdravotní sestry uvědomit, jaké jsou jejich vlastní etnické a kulturní hodnoty, názory či praktiky a jak se tyto názory projevují v ošetrovatelské 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)

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 a židé nesmí jíst výrobky z vepřového masa, ortodoxní židé nikdy nemíchají maso a mléčné produkty atd. Také by měla zjistit, jaká 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 diabetes, 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, protože 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)

Diagnostika

Sesterské diagnózy pacienta, který má osobité etnické či kulturní potřeby, mohou 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 takovýto 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)

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 takovémto 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 pacientova 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 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 sester pro dosažení u 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.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová. 1995, s. 770-77 I)

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 specifické rozdíly v komunikaci (např. nedostatečný kontakt očí), může jít o rozdílné kulturní a etické 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 neznepokojujte se, pokud nejsou v souladu s vašimi přesvědčeními a hodnotami.

- Pamatujte si, že v průběhu choroby se pacient 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)

Vyhodnocení

Na vyhodnocení, zda pacient dosáhl cíle stanovené ve fázi plánování, sestra shromáždí 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 všimnout, co pacient říká, případně naznačuje.

(Kozierová, Erbová, Olivieriová, 1995, s. 786)

1.6 ETNICKÉCKÉ OTÁZKY PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM CIZINCEM

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.

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 anebo zda žijete z podpory, jakou chorobou či zdravotním problémem trpíte..

Máte právo nemluvit, právo na soukromí, právo neposkytnout informaci, která není relevantní pro danou situaci.

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 ...) (A. De Vito, 2001)

1.7 ETNICKÉ KLIMA ČESKÉ REPUBLIKY

Termín "etnické klima" u nás zavedl sociolog I. Gabal (1999) a vyjadřuje jím postoje a představy české společnosti o soužití s etnicky odlišnými komunitami.

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 se 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 xenofobií, 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 spolužití s jinými nikoliv atd. Vyvozovat, ale ze stávajících dotazníkových dat tak dalekosáhlé závěry o xenofobii Čechů či o jejich izolacionismu, 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).

1.8 TYPICKÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY PACIENTŮ CIZINCŮ

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 neléčená 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 uvádí, 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, nebo se rozpadl. U těchto osob je obava, že k nám mohou zavléci nebezpečné 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

EMPIRICKÁ ČÁST

2 METODIKA VÝZKUMU

V roce 2007 jsem v rámci výuky předmětu „Úvod do sociologického výzkumu“ provedla průzkum na téma: „Jazyková bariéra mezi sestrami a pacientem cizincem“. Dospěla jsem k zajímavým závěrům. U rusky mluvících respondentů jsem zjistila, že jazyková bariéra není natolik závažným problémem jako častý výskyt psycho-sociálních problémů, způsobených chováním zdravotnického personálu. U anglicky mluvících respondentů se ukázalo, že zdravotnický personál nemá dostatečnou jazykovou vybavenost. Toto téma si zaslouží větší pozornost, jelikož zdravotnická péče poskytovaná cizincům imigrantům je sice i v České republice regulována speciálními zákony, ale existují mimořádné situace, které tyto normy neřeší. A právě tyto situace se mohou stát předmětem konfliktů, sporů i případných žalob. Z těchto důvodů a osobních zkušeností mých známých jsem se rozhodla pro výzkum, který mi odhalí nejzávažnější problémy ve zdravotnictví, způsobené komunikačními a jazykovými bariérami.

2.1 CÍL VÝZKUMU

Cíl 1

Zjistit vliv komunikační bariéry na vztahy mezi zdravotními sestrami a pacienty cizinci.

Cíl 2

Zjistit, kdo ze zdravotnického personálu je nejlépe komunikačně vybaven.

Cíl 3

Zjistit spokojenost cizinců žijících v ČR s komunikací ve zdravotnických zařízeních.

Porovnat procentuálně výskyt problémů s komunikací ve zdravotnických zařízeních u skupin anglicky a rusky mluvících respondentů.

2.2 FORMULACE HYPOTÉZ

Hypotéza č.1 : Předpokládám, že pacienti cizinci kteří nemluví česky, se úmyslně vyhýbají zdravotnickým zařízením z důvodu jazykové bariéry.

Hypotéza č.2 : Předpokládám že schopnost komunikace v cizím jazyce je vyšší u lékařů než u zdravotních sester

Hypotéza č.3 : Předpokládám, že anglicky mluvící respondenti jsou více nespokojení s péčí ve zdravotnických zařízeních ČR než rusky mluvící respondenti

Operační definování:

Pacient je občan, kterému je poskytována jakákoliv zdravotní péče, tedy nejen léčení.

Pacient cizinec je příslušník jiného státu než ČR, schopný komunikace na anglickém nebo ruském jazyce (nemusí být rodilým mluvčím), který využívá zdravotní péči na území České republiky.

Pojištěnec je pacient, kterému je poskytována zdravotní péče, která je následně hrazena z veřejného zdravotního pojištění příslušnou zdravotní pojišťovnou, které je pacientem nebo za pacienta placeno pojistné.

Jazyková bariéra je překážka mezi komunikujícími, která vzniká v důsledku neznalosti jazyka jedné ze stran a neschopnosti si porozumět.

Zdravotní péče je péče poskytovaná kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky a zahrnuje poradenskou činnost, prevenci, diagnostiku a léčení.

Smluvní zdravotnické zařízení je zdravotnické zařízení, ambulantní i lůžkové, které má uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, jejímž je pacient pojištěncem. Indikovanou, lege artis provedenou a správně

vykázanou zdravotní péčí, která byla pojištěnci poskytnuta, pak příslušná zdravotní pojišťovna, v souladu s platnými předpisy, uhradí tomuto zdravotnickému zařízení.

Postup lege artis je postup podle práva nebo postup zákonným způsobem. Při poskytování zdravotní péče se tímto postupem rozumí takový postup, který je v souladu s dostupnou současnou úrovní vědy a praxe. Postupovat lege artis lékař musí ať se jedná o výkony preventivní, diagnostické, či o léčení.

Medicínské standardy jsou závazné postupy při poskytování zdravotní péče, ve kterých je stanoven postup prevence, diagnostiky a léčení určitého konkrétního onemocnění na základě stanovených vyšetření, která jsou prováděna na materiálně a personálně vybaveném pracovišti, kde je výkon uskutečněn. Cílem tohoto opatření je zajistit co nejvyšší kvalitu poskytované zdravotní péče.

Etický kodex práv pacienta je soubor etických pravidel, která může pacient vyžadovat. Kodex však nemá charakter právní normy, a proto není vynutitelný a postižitelný státem.

Etický kodex ČLK je stavovský předpis, který stanovuje etická pravidla chování lékařů při poskytování zdravotní péče. Kodex je závazný pouze pro lékaře, jejichž členství v ČLK je povinné.

Etický kodex české asociace sester, je stavovský předpis, který upravuje chování zdravotních sester při poskytování ošetrovatelské péče. Je závazný pro členky této asociace. Sestry nejsou povinovány být členkami této asociace.

2.3 VYZUMNÉ METODY

Výzkumná metoda a technika: Výzkum bude kvantitativní, metodou dotazníku (viz. příloha 1).

Časový plán výzkumu: předpokládám, že potrvá asi 6 týdnů. Dotazník bude rozdán sto padesáti respondentům různých národností.

1. Charakteristika respondentů: vybrala jsem si sto padesát cizinců různých národností. Rozdělila jsem je na dvě skupiny: anglicky a rusky mluvících a bez omezení věkové kategorie, kteří žijí na území České republiky přechodně, nebo jsou zde trvale zaměstnáni u místních firem. Toto dělení bylo nutné pro porovnání problémů, které se vyskytují při vzniku komunikační bariéry.
2. Technika: Dotazník s 17 otázkami a předem danými možnostmi odpovědi k označení křížkem a případnému doplnění odpovědi.

Tento výzkum jsem dělala formou dotazníku, které jsem rozdala všem svým známým cizincům, prožívajícím na teritoriu ČR. Dotazník se skládá ze sedmnácti otázek týkající ze zkušeností cizinců ošetřených v českých nemocničních zařízeních.

Výzkumný soubor: Charakteristika respondentů: Vybrala jsem 150 cizinců jejichž rodný jazyk je ruština nebo angličtina. Tito respondenti žijí v České republice nejdéle 3 roky a jsou zde zaměstnáni nebo studují. Jsou to muži i ženy ve věku od 21 - 65 let. Dotazník pro anglicky hovořící respondenty jsem rozdala v Prague college, Polská 10, Praha 2 a University of New York in Pratur, v termínu od 1.12.2007 do 20.1.2008. Dotazník pro rusky hovořící respondenty jsem rozdala v redakce časopisu RUSSKOJE SLOVO, Vocolova 3, Praha 2, Vysoká škola ekonomická v Praze, VŠE.

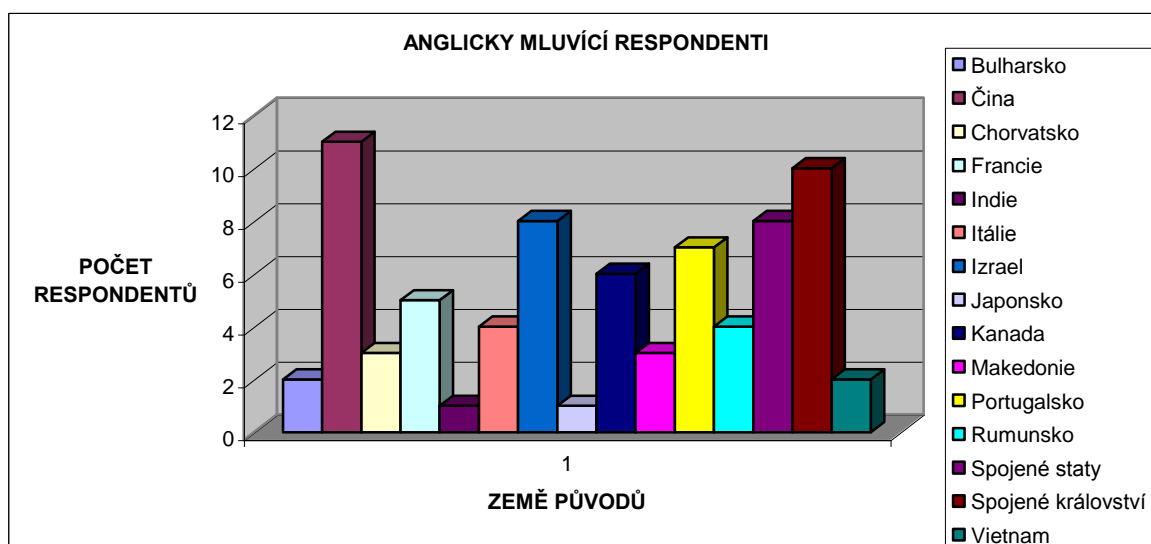
2.4 VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA

Otázka číslo 3 rozděluje respondenty na anglicky a rusky mluvící. Je určující pro hodnocení ostatních otázek.

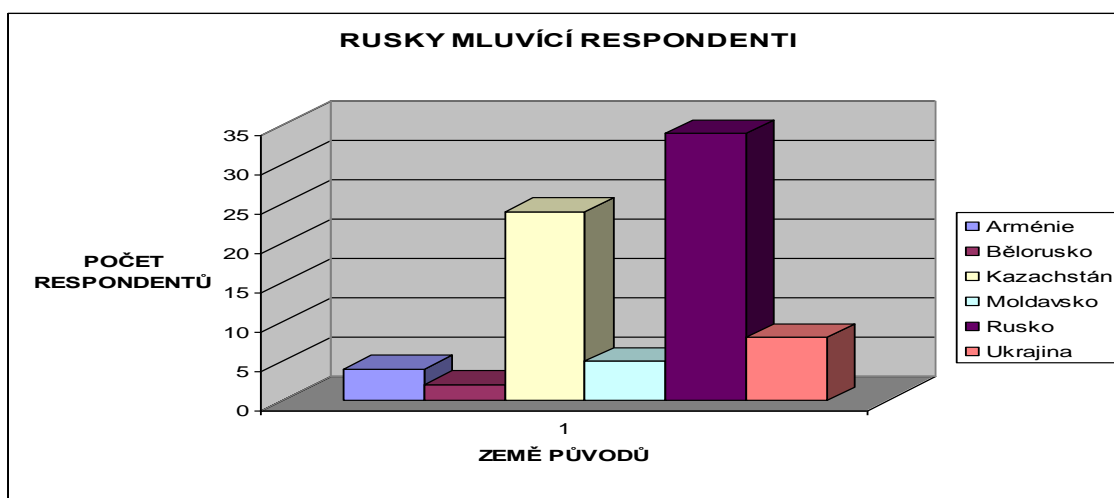
2.4.1 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 1

„Jaké jste národnosti?“

Graf 1: anglicky mluvící respondenti



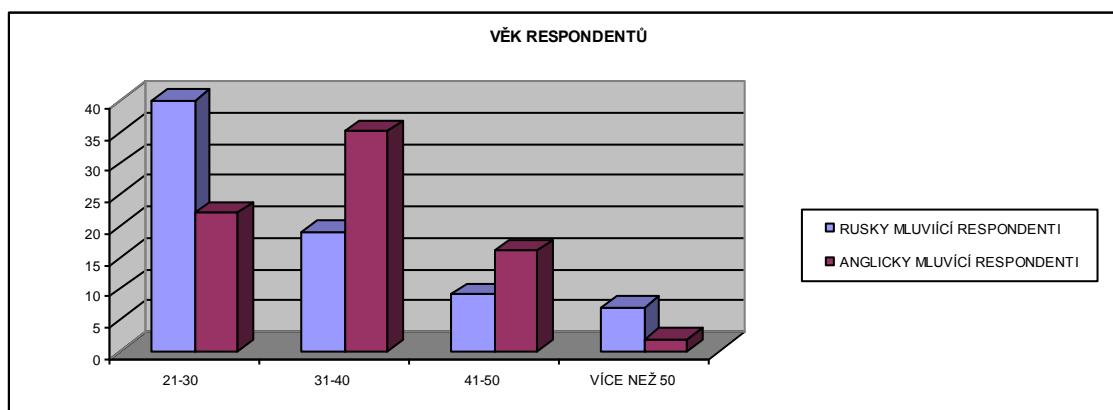
Graf 2: rusky mluvící respondenti



2.4.2 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 2

„Věk“

Graf 3: věkové rozložení respondentů

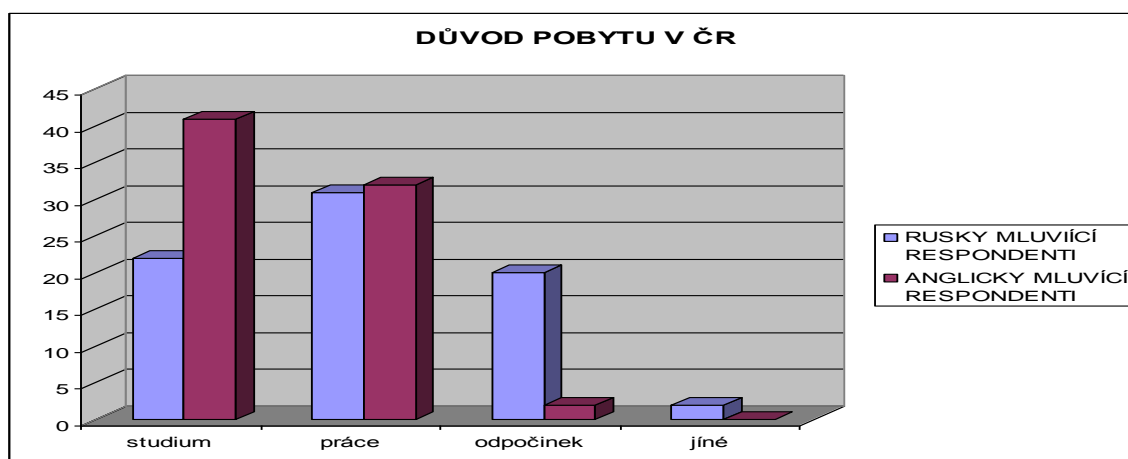


Na našem území je nejvíce rusky mluvících ve věku 21-30 a anglicky mluvících ve věku 31-40 let.

2.4.3 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 4

„Důvod vašeho pobytu v ČR?“

Graf 4: důvod pobytu v ČR

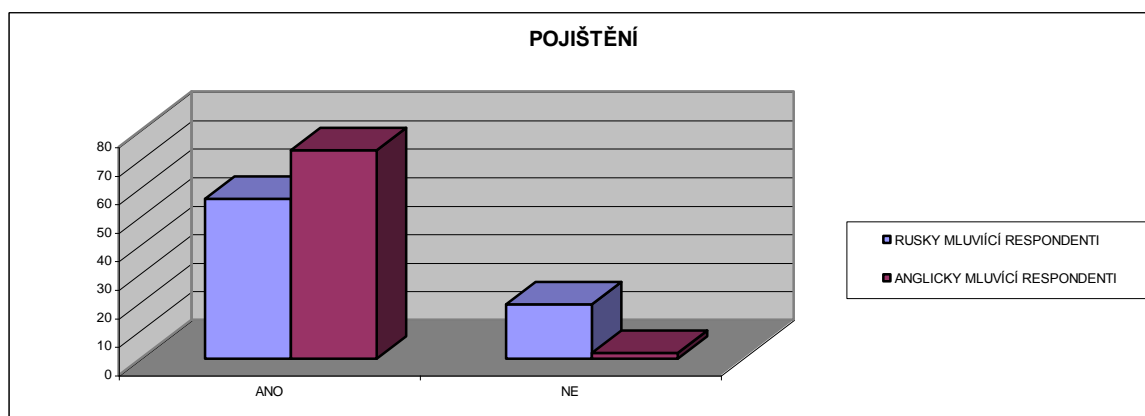


Anglicky mluvící respondenti se nacházejí na území ČR převážně kvůli studiu a rusky mluvící kvůli práci.

2.4.4 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 5

„Jste zdravotně pojištěn/a?“

Graf 5: zdravotní pojištění

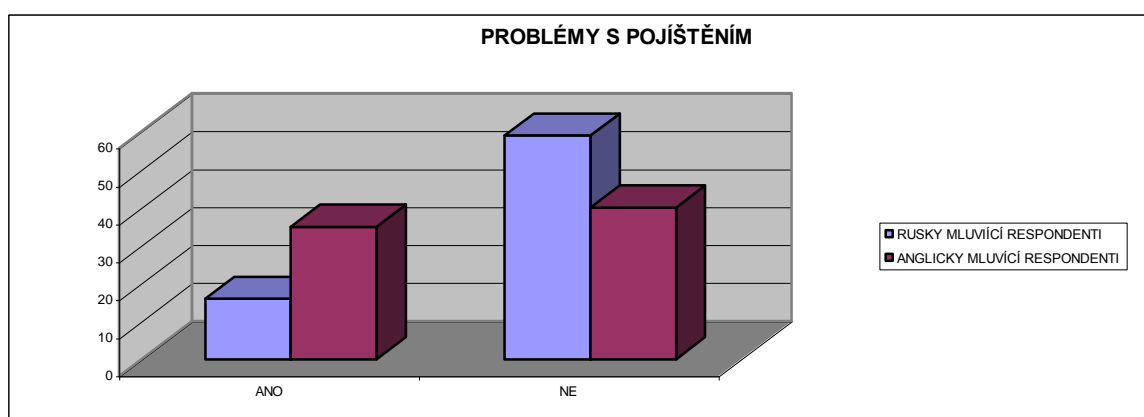


Výskyt nepojištěných mezi rusky mluvícími respondenty je mnohonásobně vyšší, než mezi anglicky mluvícími.

2.4.5 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 6

„Měl/a jste někdy problémy při využití jejich služeb?“

Graf 6: problémy s pojištěním

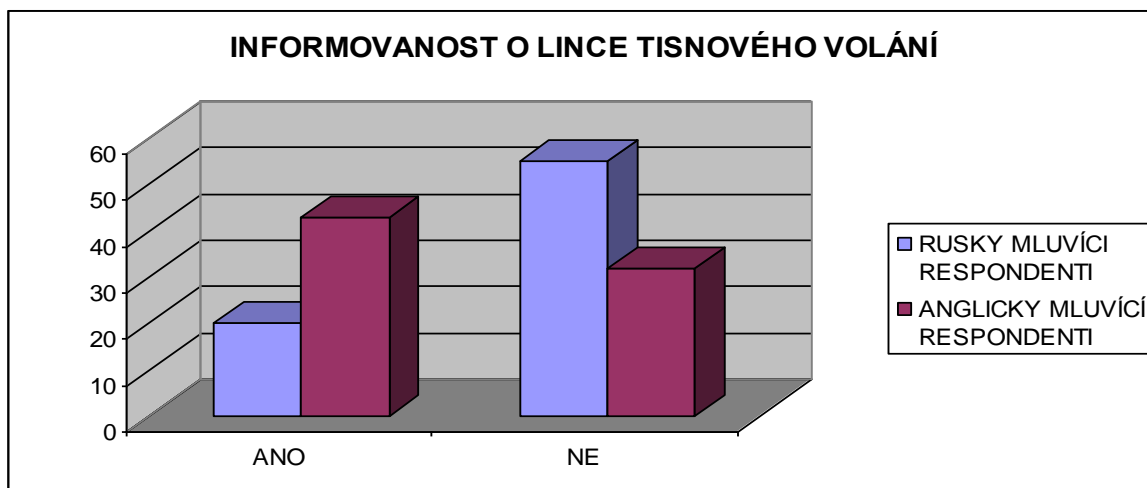


Většina respondentů neměla problémy s pojištěním. Přesto však 40 respondentů rusky mluvících a 11 respondentů anglicky mluvících problémy uvedlo (konkrétně viz přílohu 6)

2.4.6 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 7

„Víte, na jakou záchranou službu se můžete obrátit v případě náhlého onemocnění a hovořit cizím jazykem?“

Graf 7: informovanost o lince tísňového volání

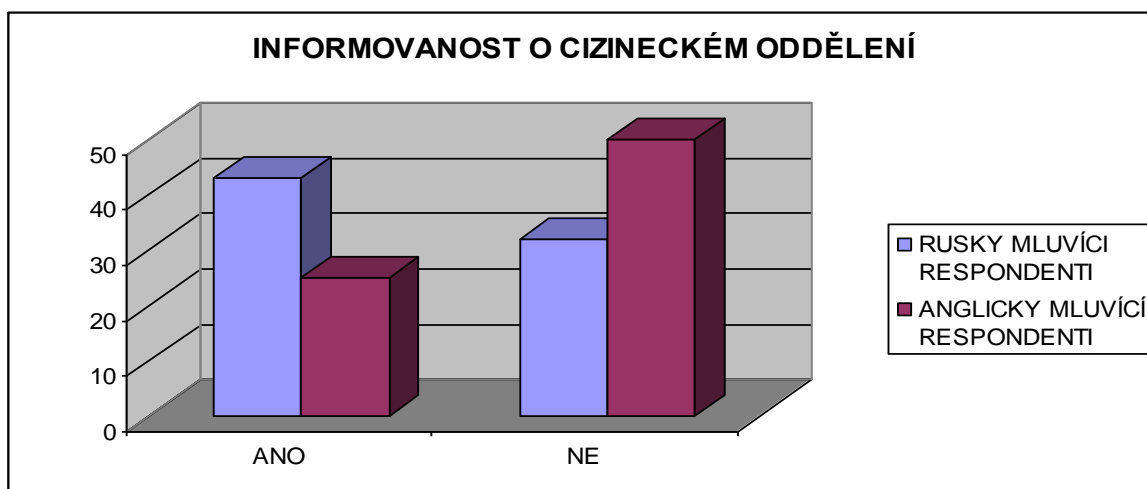


Tento graf ukazuje na vysoký počet neinformovaných jak u rusky tak i anglicky mluvících respondentů.

2.4.7 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 8

„Víte, kde je pohotovost nebo příjem pacientů cizinců?“

Graf 8: informovanost o cizineckém oddělení

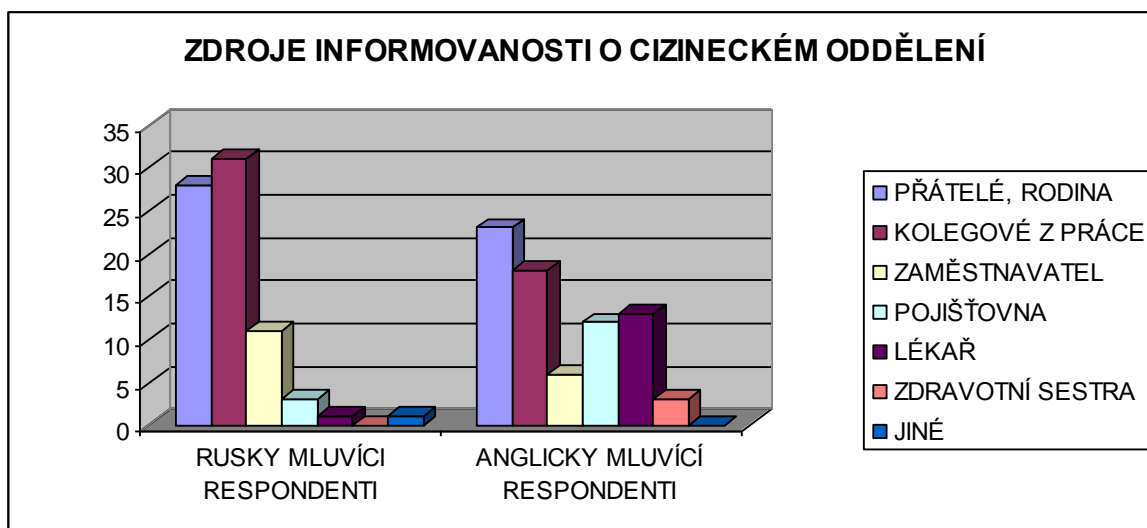


Rusky mluvící respondenti jsou informováni lépe.

2.4.8 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 9

„Kdo Vám tyto informace poskytl?“

Graf 9: zdroje informovanosti o cizineckém oddělení

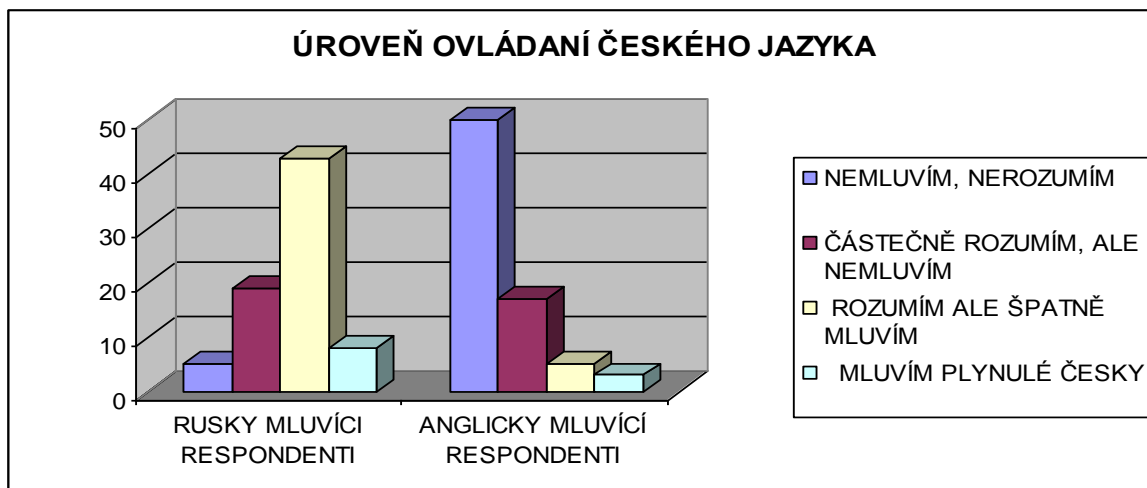


Nejčastějším zdrojem informací jsou kolegové z práce, přátelé a rodina.

2.4.9 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 10

„Jak se domluvíte v českém jazyce?“

Graf 10: úroveň ovládnání českého jazyka

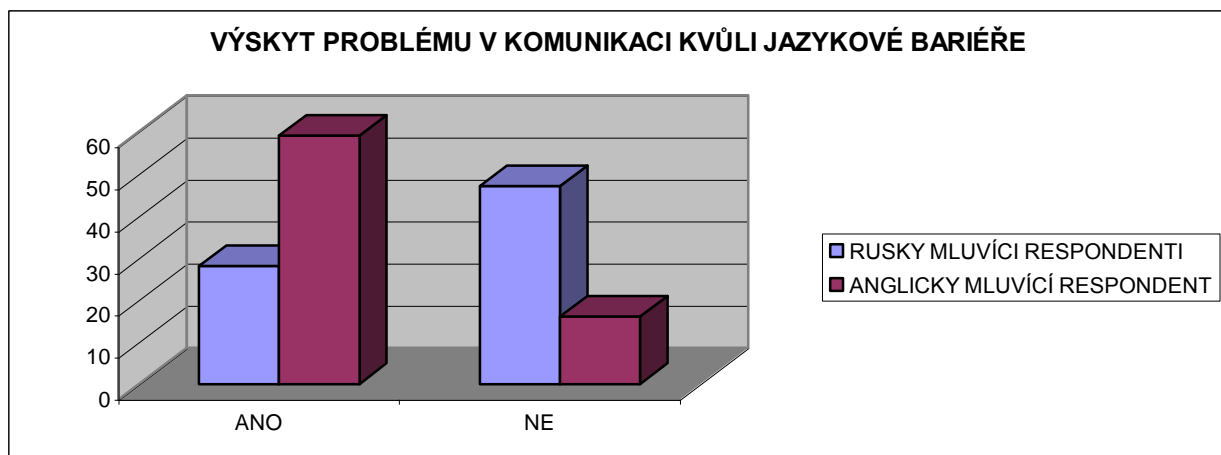


Anglicky mluvící respondenti nejčastěji česky nemluví ani nerozumí. Rusky mluvící respondenti většinou rozumí, ale mluví špatně.

2.4.10 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 11

„Měl/a jste někdy problém v komunikaci (jazyková bariéra) s lékařem či zdravotní sestrou?“

Graf 11: výskyt problému v komunikaci

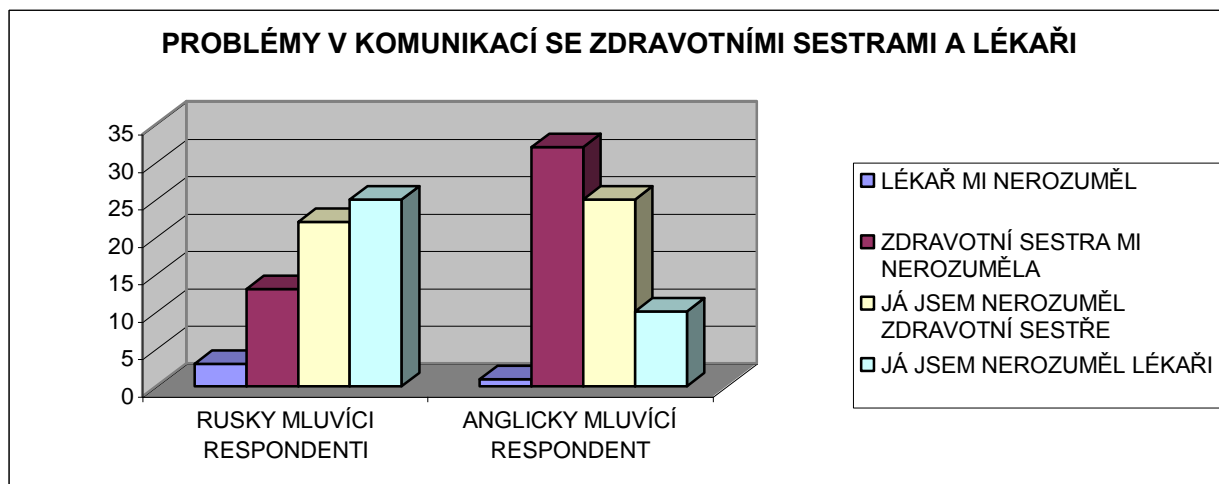


Anglicky mluvící se setkali mnohem častěji s problémem v komunikaci než rusky mluvící respondenti.

2.4.11 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 12

„Pokud jste na 5 otázku odpověděl/a Ne tuto otázku vynechejte. Při návštěvě lékaře:“

Graf 12: problémy v komunikaci se zdravotními sestrami a lékaři

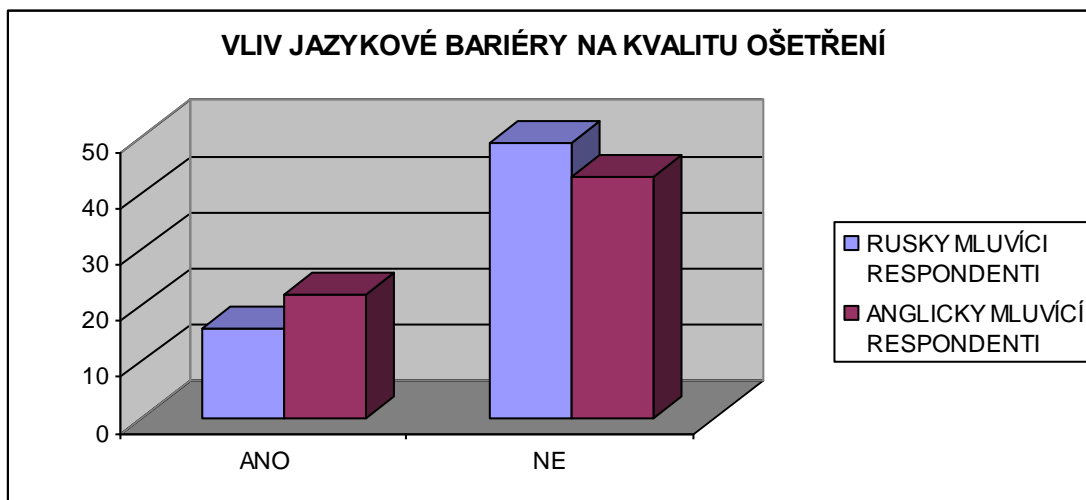


Rusky mluvící respondenti nejčastěji nerozumí lékaři a anglicky mluvícím zas nerozumí zdravotní sestry.

2.4.12 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 13

„Zdá se Vám, že jste byl/a někdy hůře ošetřen/a kvůli jazykové bariéře?“

Graf 13: vliv jazykové bariéry na kvalitu ošetření

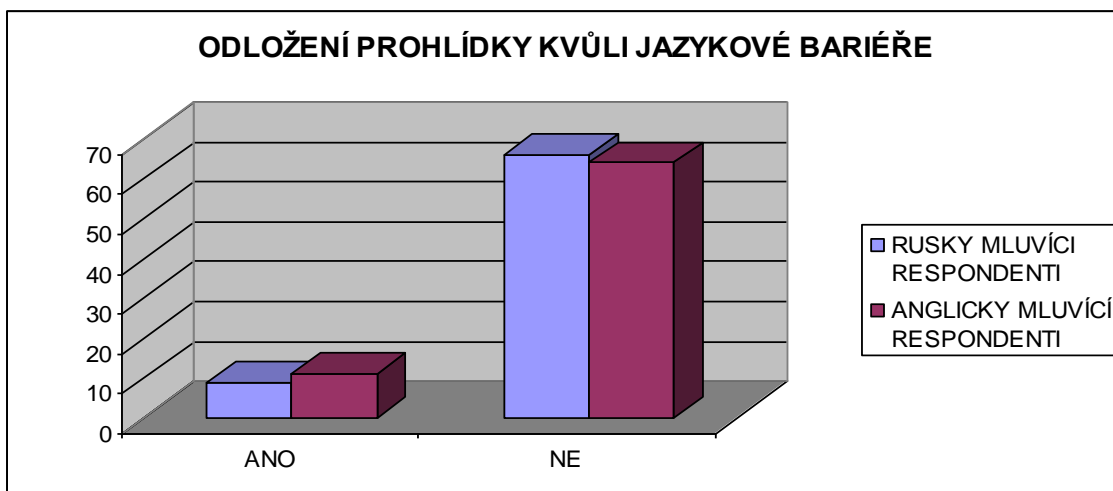


Většina respondentů z obou skupin se domnívá, že jazyková bariéra nemá vliv na kvalitu ošetření.

2.4.13 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 14

„Snažil/a jste se někdy odložit nebo vynechat návštěvu lékaře kvůli jazykové bariéře?“

Graf 14: odložení prohlídky kvůli jazykové bariéře

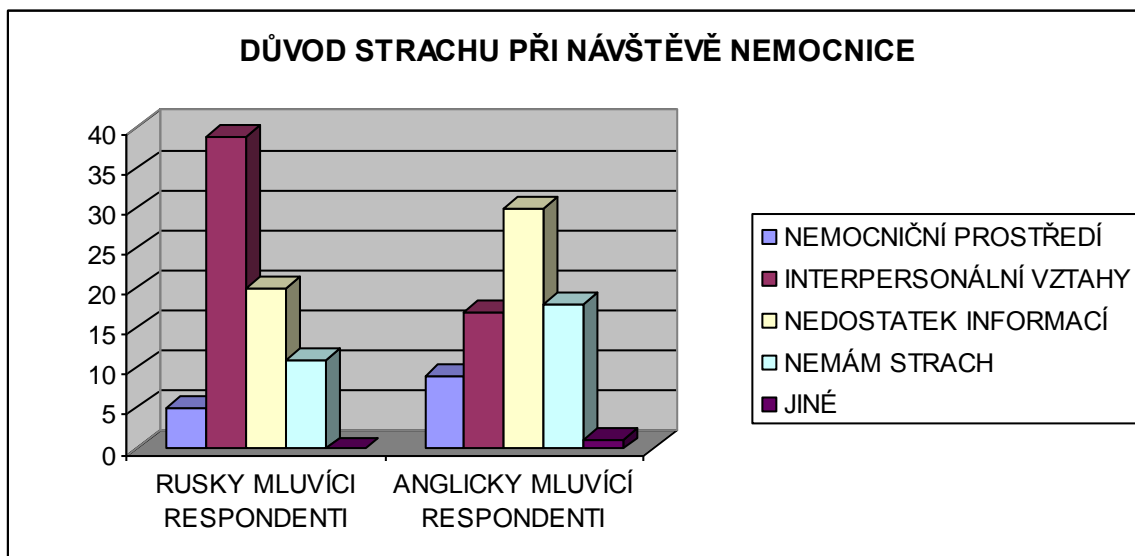


Respondenti obou skupin téměř shodně uvedli odpověď „Ne“.

2.4.14 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 15

„Z čeho máte největší strach při návštěvě v nemocnici?“

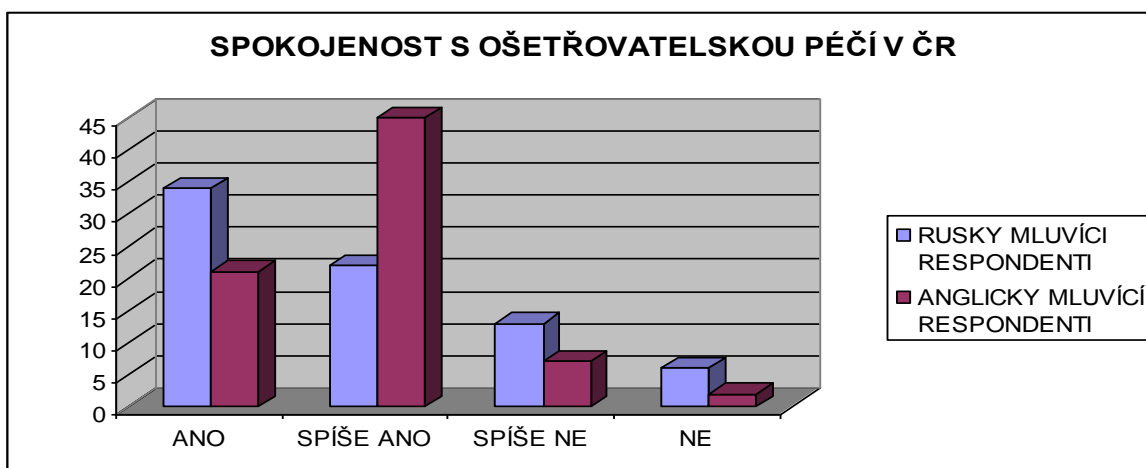
Graf 15: důvod strachu při návštěvě nemocnice



Rusky mluvící respondenti mají největší strach z interpersonálních vztahů a anglicky mluvící naopak z nedostatku informací.

2.4.15 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 16

„Jste spokojena s ošetřovatelskou péčí v ČR?“



Obě skupiny jsou v celku spokojené s ošetřovatelskou péčí v ČR.

2.4.16 VYHODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 17

„Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno“

Zde bych uvedla pouze několik nejzajímavějších sdělení respondentů:

„Nebylo zde žádné značení, které by mi pomohlo se zorientovat. Přijímací dotazníky nebyly v anglickém jazyce ani na ambulanci.“

„Šel jsem k doktorovi kvůli bratrovu prstu a doktor řekl, že pokud to není zlomené, není to jeho problém, ale kam mám jít mi neřekl.“

„Bylo by dobré, aby bylo více informací přístupných v anglickém jazyce. Přesto si myslím, že lékaři i zdravotní sestry byly velice milé a snažily se pomoci (ovšem neznalost jazyka způsobovala nedorozumění).“

ZÁVĚR

Česká republika jako vyspělý stát se stala po roce 1990 cílem imigrantů, skupin i jednotlivců nejen ze sousedních zemí, ale i ze vzdálených oblastí. V ČR se dočasně i trvale usídlují lidé z různých kontinentů, příslušníci mnohých kultur, náboženství i barvy pleti. Tito lidé se stávají součástí naší společnosti. Jejich přítomnost může být velkým filosofickým problémem chceme-li zachovat jejich etnickou a kulturní rozmanitost multikulturní společnosti. Aby jejich integrace byla úspěšná je třeba zajistit rovnost s místním obyvatelstvem v přístupu k zaměstnání, vzdělání, bydlení, sociálnímu systému, k politickému rozhodování ale i ke zdravotnické péči.

Zlepšení zdravotní péče o cizince je součástí programu jejich integrace v ČR, zahrnuje otázky dostupnosti a poskytování konkrétní zdravotní péče. Zdravotnická péče poskytovaná cizincům a imigrantům je v ČR regulována speciálními zákony, které musí zdravotníci znát a v praxi dodržovat. V běžné, každodenní praxi se však vyskytují specifické situace, které tyto zákonné normy neřeší a právě ty se mohou stát předmětem spousty nedorozumění a konfliktů. Jedná se například 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 nebo rodinou pacienta, související se stravováním, vyšetřováním a prováděním diagnosticko-terapeutických výkonů, s praktikováním náboženských rituálů v době hospitalizace, uspokojování potřeb spojených s umíráním a smrtí, ale také v souvislosti s porodem a péčí o novorozence.

Domnívám se, že sestry i studenti zdravotnických škol by měly umět zhodnotit zdravotní stav a reakce pacienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb souvisejících s odlišnou kulturou a podle toho průběžně zajišťovat individuální péči. Zkušenosti z praxe však ukazují pravý opak. Příčinu toho vidíme právě v nedostatku informací a velkým problémem jsou komunikační bariéry jak ze strany imigrantů, tak ze strany zdravotnických pracovníků. Ne každá nemocnice má kontakty na tlumočnický a když i je má, nejsou vždy k dispozici když to situace vyžaduje.

Jak ukázaly výsledky, všechny tři hypotézy byly potvrzeny. Domnívám se, že s velkým přísunem cizinců do České republiky a s tím plynoucí i rozmanitá kulturní specifika, by se měla upravit koncepce českého ošetrovatelství tak, aby každému člověku, ať už jakékoli rasy, byla poskytnuta taková péče, která bude uspokojovat jeho bio – psycho – sociálně – religiózní potřeby.

Transkulturní ošetrovatelství je možností, jak docílit lepší péče cizinců v souladu s jejich zvyky a tradicemi, přičemž umožňuje sestřám disponovat znalostmi z oblasti antropologie, politiky, základy vybraných kultur, víry a náboženských směrů, specifík interpersonální komunikace s kulturním podtextem aj.

Jak z práce vyplynulo, je nutné o této problematice více diskutovat, aby o ní zdravotnický personál neměl zkreslené a neúplné informace. Myslím si, že by bylo vhodné, aby v každém zdravotnickém zařízení byly k dispozici informace, které jsou nutné pro pomoc pacientům cizincům jako jsou základní údaje o cizineckých odděleních (viz přílohu č.4). Zdravotnický personál by také měl být seznámen s příručkou Průvodce systémem zdravotní péče České republiky. Výběr z jejích – dle mého názoru, a dle reakcí respondentů – nejdůležitějších informací uvádím v příloze č. 6.

Mnohým problémům v komunikaci zdravotnického personálu s pacienty cizinci by se předešlo, kdyby obě strany měly dostatek informací. Pacienti cizinci jsou omezeni informacemi, které jim mohou nebýt poskytnuty v dostatečné míře. Zdravotnický personál by však mohl informace podávat i získávat lépe a lehčím způsobem, například díky možnosti vzdělání v oblasti multikulturního ošetrovatelství.

Základy světových jazyků jsou dnes mezi cizinci mnohem rozšířenější, a možnost komunikace na těchto jazycích by také pomohla všem zúčastněným.

Dle názorů sociologů Česká republika není multikulturním státem, což ji oddaluje od západoevropských států. Pokud se opravdu má začlenit do Evropy, musí se přizpůsobit. Doufejme, že se tak stane především cestou, kterou jsem zde naznačila.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Ager, A./Strang, A. (2004): The experience of integration: A qualitative study of refugee integration in the local communities of Pollokshaws and Islington. London: Home Office. <http://homeoffice.gov.uk/lrds/pdfs04/rdsolr5504.pdf>
(Accessed: 3. 8.2006)
2. Anastasiadou, H. Transkulturační 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
3. Bártová S., Sadílek P., Tothová v. – Výzkum v ošetrovatelství, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, ISBN: 80-7013-416x
4. Bittnerová, D./Moravcová, M. - Bulharští vysokoškoláci v Praze. In: D. Bittnerová, M. Moravcová, eds.: Kdo jsem a kam patřím? Identita národnostních menšin a etnických komunit na území České republiky. Praha: Sofis, 2005
5. Budil, I. T. Mýtus, jazyk a kulturní antropologie. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-7254-001 -7
6. De Vito, J. A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-988-8
7. Doenges, M.,E.,Moorhouse, M:F., Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
8. Farkašová D. – Výzkum v ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2002, ISBN: 80-8063-111-5
9. Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-367-6
10. 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
11. Geisler, E. M. Cultural Assessment. St.Louis, Missouri: MOSBY Inc. 1998. ISBN 0-8151-3633-1

12. Geist B, Sociologický slovník. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-85605-28-7
13. Haškovcová, H: Lékařská etika. 1.vydání. Praha: Galén, 1994
14. Honzák Radkin, Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén, 1997.
ISBN 80-85824-60-4
15. Hubschmannová, M. Šaj pes dovakeras. Můžeme se domluvit. Olomouc: UP, 1998.
ISBN-80-7067-905-0
16. Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetřovatelství I, Grada Publishing, Praha, 2005, ISBN 80-247-1212-1
17. Klvačová, P.: Identita integrace - Vytváření příběhu úspěšné integrace ve vyprávěních cizinců dlouhodobě žijících v České republice. (Disertační práce). Praha: ISS UK FSV, 2006
18. Kolektiv autorů: Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9
19. Kolektiv autorů: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. Respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Ostrava 2003, Repronis Ostrava, 120 stran, ISBN 80-7042-344-7
20. Kolektiv autorů: Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi. Podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém. Ostrava 2003, 264 stran, ISBN 80-7042-349-8
21. Kolektiv autorů: Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi. Podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů. Opava 2007, ISBN 978-80-7248-005-0
22. Kolektiv autorů: České zdravotnictví a cizinci. Multikulturní etnika české společnosti v kontaktu se zdravotnickou praxí. CD nosič, ISBN 80-239-6528-5
23. Kol. FN Olomouc. Informační materiály pro pacienty/klienty nemocnice
24. Korac, M.: Integration and how we facilitate it: A komparative study of settlement experiences of refugees in Italy and the Netherlands. Sociology, 37 (1), 2003
25. Kozierová - Erbová - Olivieri. Ošetřovatelství I. a II. díl. Martin: Osveta, 1996
26. Kutnohorská, J. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a

- respektování jejich multikulturní odlišností 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
27. Leininger M. Transcultural Nursing. New York: Mc Graw-Hill, 1995
 28. Lustig, M.W., Koster J., Intercultural Competence: Interpersonal communication across cultures. 2.vyd. New York, Harper-Collins, 1996
 29. Mastiliaková, D. Transkulturní ošetrovatelství – požadavek nového tisíciletí. Přednáška. České Budějovice, 2002, s.84-89. ISBN 80-7040-578-3
 30. Nakonečný, M. Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997
 31. Oberg, K. Článek o kulturním šoku v časopise Practical Anthropology 7, 177-182
 32. Potočková, D.: Společnost a interkulturalita. In Šišková, T., ed. Výchova k toleranci a proti rasismu. Praha: Portál, 1998, s. 34
 33. Průcha, J. Multikulturní výchova – Teorie-praxe-výzkum. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-8566-72-2
 34. Průcha, J., Walerová, E., Mareš, J. Pedagogický slovník. 2. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-252-1
 35. Samovar, L.A., Porter, R.E. Communication between cultures. Belmont, CA: Wadsworth, 1999
 36. Šišková, T. a kol.: Výchova k toleranci a proti rasismu. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-285-8
 37. Sirkka, K.A.: Why cultural aspects is needed in nursing? Some cultural perspectives in nursing care... (Finsko. In Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí. Sborník příspěvků II.konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Olomouc - Velká Bystřice. Praha: Galen,2000. ISBN 80-86257-21
 38. Stolínová J., Mach J.: Právní odpovědnost v medicíně. Praha: Galén, 1998
 39. Šišková, T., ed. Výchova k toleranci a proti rasismu. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-285-8
 40. Špirudová, L. Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetrovatelství II, Grada Publishing, Praha, 2005. ISBN 80-247-1212-1
 41. 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
42. Trachtová, E a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. I vydání. Brno: IDVPZ, 1999
 43. Typovská, L,a kol. Vybrané problémy současné společnosti. Olomouc: UP, Andragogé, 1999
 44. Vágnerová, V, Psychopatologie pro pomáhající profese (Variabilita a patologie lidské psychiky). Praha: Portál,1999. ISBN 80-7178-214-9
 45. Vykopalová H.: Vybrané kapitoly ze sociální psychologie v kontextu komunikace. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001
 46. www.mvcr.cz/rady/cizinci/index.html
 47. http://portal.mpsv.cz/lsz/zahr_zam
 48. www.migraceonline.cz
 49. www.domavCR.cz
 50. <http://imigrace.mpsv.cz>
 51. www.cizinci.cz
 52. Wolf, J. Lidské rasy a rasismus v dějinách a v současnosti - Člověk a jeho svět II. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0099-4
 53. Zich F. - Úvod do sociologického výzkumu, Praha: Eupress: 2004, ISBN 80-86754-19-7 8
 54. Zoucha, R.: The keys to cultural sensitive care. Journal of Advanced Nursing, 100, Č

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník: Komunikace sester s pacientem při poskytování multikulturní péče – komunikativní a jazykové bariéry

Příloha 2: Dotazník v ruském jazyce

Příloha 3: Dotazník v anglickém jazyce

Příloha 4 Cizinecká oddělení

Příloha 5 Právo pacienta na poučení

Příloha 6 Průvodce systémem zdravotní péče České republiky.

Informační příručka pro cizince. (Výběr)

Příloha: 7 Pomocná tabulka pro vyplňování dokumentace při příjmu pacientů

Název: Komunikace sester s pacientem při poskytování multikulturní péče – komunikativní a jazykové bariéry

Milý respondente, v tomto dotazníku se zabývám důležitostí jazykové integrace cizinců žijících v ČR a problematikou jazykové bariéry v komunikaci pacientů cizinců se zdravotními sestrami. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro mojí bakalářskou práci.

Marianna Larionova, studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze

Křížkem v označte nejpravdivější tvrzení.

1. **Jaké jste národnosti?.....**
2. **Věk** 21-30 let 31-40 let 41-50 let více než 51 let
3. **Mluvíte plynně** anglicky rusky
4. **Důvod Vašeho pobytu v ČR?** studium práce odpočinek
 jiné.....
5. **Jste zdravotně pojištěn/a?**
 ANO, název pojišťovny.....
 NE, proč.....
6. **Měl/a jste někdy problémy při využití jejích služeb?**
 ANO, jaké..... NE
7. **Víte, na jakou záchrannou službu se můžete obrátit v případě náhlého onemocnění a hovořit cizím jazykem?**
 ANO NE
8. **Víte, kde je pohotovost nebo příjem pacientů cizinců?**
 ANO NE
9. **Pokud jste na otázku číslo 8 . odpověděl/a NE tuto otázku vynechte.**
Kdo Vám tyto informace poskytl?
 přátelé, rodina kolegové z práce zaměstnavatel pojišťovna
 lékař zdravotní sestra
 jiné.....

10. Jak se domluvíte v českém jazyce?

- nemluví, nerozumím částečně rozumím, ale nemluví
 rozumím, ale špatně mluvím mluvím plynule česky

11. Měl/a jste někdy problém v komunikaci (jazyková bariéra) s lékařem či zdravotní sestrou?

- ANO NE

12. Pokud jste na 5. otázku odpověděl/a NE tuto otázku vynechte.

Při návštěvě lékaře:

- lékař mi nerozuměl
 zdravotní sestra mi nerozuměla
 já jsem nerozuměl zdravotní sestře
 já jsem nerozuměl lékaři

13. Zdá se Vám, že jste byl/a někdy hůře ošetřen/a kvůli jazykové bariéře?

- ANO NE

14. Snažil/a jste se někdy odložit nebo vynechat návštěvu u lékaře kvůli jazykové bariéře (problému s komunikací)?

- ANO NE

Proč?.....

15. Z čeho máte největší strach při návštěvě nemocnice?

- nemocniční prostředí nedostatek informací
 interpersonální vztahy jiné.....
 nemám strach

16. Jste spokojen/a s ošetřovatelskou péčí v ČR?

- ANO SPÍŠE ANO SPÍŠE NE NE

17. Každé další sdělení nad rámec dotazníku je vítáno:

.....
.....
...

Děkuji Vám za spolupráci!

10. Ваш уровень знания чешского языка?

- не говорю по-чешски частично понимаю, но не говорю
 понимаю, но не говорю понимаю, но плохо говорю
 говорю по-чешски

11. Были ли у Вас трудности в общении (языковой барьер) с медицинским персоналом

- да нет

12. Если вы ответили на предыдущий вопрос - № 11 НЕТ, данный вопрос пропустите

При посещении врача:

- доктор меня не понимал
 медицинская сестра меня не понимала
 я не понимал доктора
 я не понимал медицинскую сестру

13. Кажется ли Вам, что предоставленный уровень медицинской помощи был хуже из за языкового барьера?

- да нет

14. Пытались ли Вы когда-либо перенести или избежать посещение врача из-за языкового барьера?

- да нет

Почему?.....

15. Из-за чего у Вас возникают наибольшие опасения при посещении больницы?

- больничная обстановка недостаток информации
 межличностные отношения опасений нет
 другое.....

16. Довольны ли Вы уровнем медицинского обслуживания в ЧР?

- да скорее да скорее нет нет

17. Будем рады Вашим комментариям и замечаниям на данную проблематику:

.....

Благодарю Вас за сотрудничество!

Příloha 3 DOTAZNÍK V ANGLICKÉM JAZYCE

QUESTIONNAIRE

Title: Communication of nurses with the foreign patients during giving them multicultural care - communication and language barriers.

Dear Respondents,

This questionnaire is designed to highlight any communication problems between doctors, nurses and foreign patients. The questionnaire is anonymous and will serve only for our credit work.

Please choose the most applicable answer for your situation and mark it with a cross.

Thank you for your time.

Marianna Larionova Student of High Medical school in Prague

1. What is your nationality?.....
2. How old are you? 21-30 31-40 41-50 51 ≤
3. Native language: Russian English
4. Reason for staying in the ČR?
 Education Work Other
5. Do you have insurance?
 Yes (name of insurance company)
 No (please state the reason)
6. Have you ever had any problems with your insurance company?
 Yes (which problems) No
7. Do you know where you should call if there is any accident or emergency where you can talk in foreign language?
 Yes No
8. Do you know where there is an emergency room for foreigners?
 Yes No
9. If your answer for the previous question was no, please miss this question.
Who gave you this information?
 Friends, family Colleagues from work Employer
 Insurance company Doctor Nurse
 Others...

10. What level is your Czech?

- Don't talk/don't understand
- Understand partly but don't speak
- Understand but don't speak well
- Speak fluently

11. Did you have any problems communicating with doctors or nurse's (language barrier)

- Yes
- No

12. If your answer for the previous question was NO please, miss this question.

During your visit to a doctor:

- The Doctor did not understand me
- The Nurse did not understand me
- I did not understand the Nurse
- I did not understand the Doctor

13. Did you ever have the feeling that you were treated worse by the doctor/nurse because of the language barrier?

- Yes
- No

14. Have you ever tried to cancel or miss an appointment with a doctor or nurse because of the language barrier?

- Yes
- No

Why?.....

15. What are you afraid of most during your visit to the hospital?

- Hospital environment
- Interpersonal relations
- Not enough information
- I'm not afraid
- Other

16. Are you happy with the level of nursing care in the Czech Republic?

- Yes
- Rather yes
- Rather No
- No

Any additional information will be welcome.

Thank you very much for co-operation.

Příloha 4 Cizinecká oddělení

Cizinecké oddělení

Cizinecké oddělení je oddělení pomáhající pacientům - cizím státním příslušníkům a českým samoplátcům - zabezpečit potřebnou zdravotní péči. Patříte-li do kategorie těchto osob, je Cizinecké oddělení prvním místem, které byste měli v nemocnici navštívit.

1. FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, Praha 5 – Motol, V Úvalu 84

Cizinecké oddělení se nachází v části nemocnice pro dospělé, v přízemí Modré budovy (v průchodu do budovy ředitelství, mezi lékárnami), e-mail: cizinecke@fnmotol.cz

Provozní doba oddělení: denně od 7 hod do 22 hod

- dětská recepce: 224433 690, 224 433 691
- dospělá recepce: 224433682, 224433681, 224433674

Jaké služby Cizinecké oddělení poskytuje?

- Na základě vašeho požadavku nebo doporučení vám zprostředkujeme návštěvu odborných pracovišť nemocnice, V případě potřeby zajistíme doprovod.
- Nehovoříte-li česky, pomůžeme vám zajistit tlumočení, případně překlady.
- Řešíme všechny administrativní záležitosti související s úhradou poskytnuté zdravotní péče.
- Sjednáme s vámi poskytnutí nadstandardních služeb, které naše nemocnice nabízí.
- Pomůžeme vám zajistit zdravotní prohlídku nutnou pro sjednání smluvního zdravotního pojištění. Pomůžeme se zajištěním transportu.

2. NEMOCNICE NA HOMOLCE – Cizinecké oddělení

Roentgenova 2 Praha 5 - Motol 15030

Telefon: 257272146 - recepce E-mail: hospital@homolka.cz

Web:<http://www.homolka.cz>

- lékařská péče - cizinci dospělí i děti, ambulance i lůžková část.
- komfortní nemocnice s běžnými a nadstandardními pokoji.
- lékařská přeprava pacientů.
- pohotovost ošetření - cizinci s dlouhodobým pobytem, přechodným pobytem, turisté, diplomati.
- recepční s jazykovými znalostmi (angličtina, němčina, ruština, francouzština).

Příloha 5 Právo pacienta na poučení

Zdraví je chápáno jako samozřejmost. Choroba či úraz je vždy hrubým zásahem do integrity osobnosti, na který pacient není řádně a včas připraven. Proto je pochopitelné a samozřejmé, že nemocný či zraněný chce vědět o svém zdravotním stavu, o své chorobě, léčení i prognóze co nejvíce.

Zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění, stanovuje, že lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

Odborný lékař specialista poučí pacienta o navrhovaném léčebném postupu, zcela konkrétně o postupu při jeho odborném vyšetření, zejména jde-li o vyšetření instrumentální či pomocí přístrojů. Následně seznámí pacienta s výsledkem vyšetření. Poučení provádí odborný lékař ústně, v některých případech vyšetření i písemnou formou. Např. při kolonoskopii, rektoskopii, gastrokopii apod.

Zdravotní sestra poučí pacienta o péči, kterou sama v rámci své působnosti poskytuje. Co se od péče očekává, tedy jaký bude její přínos pro pacienta. Konkrétně poučí sestra pacienta o odběru krve na potřebné vyšetření, o způsobu aplikace konkrétní injekce, tedy co a kam aplikuje, o tom, jak bude provedeno klyσμα, jakým způsobem bude zavedena sonda, a o dalších výkonech, které provede.

Zvláštní a složitou kapitolou je poučení pacienta se závažným onemocněním. Je povinností lékaře pacienta poučit, ale je na lékaři jak to učiní, neboť poučení a informace o zdravotním stavu pacienta nemá pacienta poškodit a přivodit mu stresové situace. Proto má být v takovémto případě poučení šetrné a má odpovídat současnému zdravotnímu a psychickému stavu pacienta.

Pacient může poučení odmítnout s tím, že si jej nepřeje, a nemusí uvádět důvod proč.

(Vondráček, 2007, s. 16-17)

Příloha 6 Průvodce systémem zdravotní péče České republiky.

Informační příručka pro cizince. (Výběr)

V této příloze uvádím odpovědi na otázky, které nejvíce zajímaly respondenty. Tato příručka je dle mého názoru nejlépe zpracovaným zdrojem informací, se kterými by měli být seznámeni nejen pacienti cizinci, ale především zdravotní personál.

Průvodce systémem zdravotní péče České republiky. Informační příručka pro cizince

Cílem této brožury je informovat cizince, ať již trvale nebo přechodně žijící v České republice, o systému péče o zdraví v ČR, aby se v případě potřeby mohli v tomto systému snadno a rychle orientovat a využít možností, jež jsou dány příslušnými právními normami a existující sítí zdravotnických služeb. Cizinci také musí být informováni o zákonem stanovených povinnostech. Tato brožura je zpracována v několika jazykových verzích (česky, rusky, ukrajinsky a vietnamsky).

Všechny verze jsou dostupné na internetové adrese www.izpe.cz

Přijel jsem do ČR a nejsem zdravotně pojištěn. Jak mám postupovat, kam se mám obrátit, jaké jsou mé možnosti?

Cizinec má povinnost pobývat v ČR řádně zdravotně pojištěn.

Přijede-li nepojištěn a zjistí-li to některý příslušný orgán již při přechodu hranic, nemusí mu vůbec povolit vstup. V případě pobytu na území ČR bez pojištění porušuje české právní předpisy a hrozí mu postih za přestupek.

V případě potřeby sebemenšího vyšetření nebo zákroku se po osobách, které v ČR nemají uzavřené zdravotní pojištění, vyžaduje úhrada v hotovosti, a to ve smluvních cenách, které mohou dosáhnout velmi vysokých částek.

Pokud přijíždíte do ČR za účelem zaměstnání, měl byste být držitelem víza za účelem zaměstnání, vydaného na základě řádného povolení k zaměstnání, které vydává místně příslušný úřad práce. Pojistné za vás bude odvádět váš zaměstnavatel se sídlem v ČR a pojistný vztah vám vznikne současně se vznikem pracovního poměru. Pouze pokud vás zaměstnavatel zaměstnává v ČR, ale sídlo má v cizině, informujte se u něj o podmínkách svého zdravotního pojištění na území ČR.

Pokud přijíždíte do ČR s vízem k pobytu nad 90 dnů a za jiným účelem, než je

zaměstnání, uzavřete si smluvní zdravotní pojištění. Toto pojištění provádí v ČR pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR). Obrat' se na některou z jejích okresních poboček, nebo na asistenční službu VZP ČR, telefonní číslo:

+420-2-2175 2121, +420 602 268902, e-mail: asistence@vzd.cz

Orlická 4/2020,13000 Praha 3.

Co mám dělat v případě, že pocítím potřebu vyhledat lékařskou péči?

Jde-li o potřebu péče akutní, neodkladné, má povinnost vás ošetřit každé, tedy i nejbližší zdravotnické zařízení. V případě, že potřeba poskytnutí zdravotní péče není akutní, vyhledejte péči ve zdravotnickém zařízení, se kterým má vaše pojišťovna uzavřenou smlouvu. V těchto zařízeních vám bude poskytnuta zdravotní péče bez přímé úhrady, v rozsahu daném typem vašeho zdravotního pojištění (veřejné zdravotní pojištění nebo dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění).

V případě uzavření krátkodobého smluvního zdravotního pojištění je třeba se obrátit na státní zdravotnické zařízení (např. nemocnici). Z tohoto pojištění je vám totiž hrazena **jen nutná a neodkladná péče.**

Mohu se obrátit v případě náhlého těžkého onemocnění na záchrannou službu (linka 155) a hovořit cizím jazykem?

Pokud nehovoříte česky, je v případě náhlého těžkého onemocnění lépe obrátit se na **tísňové volání - centrální číslo linka 112**. Operátoři na této lince hovoří kromě češtiny také anglicky a německy a po vyložení Vašeho problému sami zkontaktují záchrannou službu. Nadále s Vámi zůstanou v kontaktu (jedná se o vícečlennou konferenci, kdy je telefonicky spojeno více účastníků) a budou Vaše slova tlumočit.

Jak zjistím, na jakého lékaře se mohu obrátit a kde hovoří cizími jazyky?

Při sjednávání pojistné smlouvy smluvního zdravotního pojištění je možné získat kontakty na smluvní zdravotnická zařízení, kde se lze dohodnout cizími jazyky. Případný problém lze operativně řešit s pomocí asistenční služby VZP ČR. V české republice také existuje centrální informační systém známý pod zkratkou **H.E.L.P.** - Hlavní evidence léčby a prevence, který je provozován Lékařským

informačním centrem. V jeho rámci jsou uloženy informace o soukromých lékařích, nemocnicích, lékárnách, lázních, soukromých klinikách, sanatoriích a všech ostatních zdravotnických zařízeních, působících na území České republiky.

O každém soukromém lékaři či zdravotnickém zařízení jsou v rámci systému k dispozici základní identifikační údaje nezbytné pro navázání kontaktu a lékařský obor, v jehož rámci vykonává léčebnou a preventivní péči. Uveden je rovněž jazyk, kterým lékař vládne.

Informace uložené v rámci systému **H.E.L.P.** jsou veřejnosti přístupné a lze je získat několika cestami. Pravidelně je vydáván Katalog léčebné a preventivní péče v ČR jak v podobě knihy, tak ve formě CD ROM. V něm jsou obsaženy všechny údaje, potřebné pro získání základních informací o poskytovateli léčebné a preventivní péče a pro navázání kontaktu.

Katalog je v plném znění umístěn rovněž na internetových stránkách Lékařského informačního centra na adresách www.kataloglekaru.cz nebo www.doctorhelp.cz nebo www.help-lic.cz. Zde si může uživatel vyhledávat dle nejrůznějších kritérií lékaře či zdravotnické zařízení, které potřebuje.

Lékařské informační centrum provozuje rovněž **informační telefonní linku +420 296 182 626**, na které lze získat požadované informace každý pracovní den v době od 8.00 do 16.00 hod. Bez omezení lze informace požadovat prostřednictvím e-mailu na adrese: **help lic@netforce.cz dále prostřednictvím faxového čísla +420 296 181 804, písemně nebo osobně na adrese: Lékařské informační centrum, Lékařský dům, Sokolská31, 120 21 Praha 2.**

Uživatelé mobilních telefonů mohou rovněž získat potřebné informace o lékařích a zdravotnických zařízeních prostřednictvím mobilního operátora nebo služby WAP:

- **síť EUROTEL** - služba EUROTEL - ASISTENT a EUROTEL - PORTÁL MOBILE MEDIA (WAP) nebo přímo na adrese WAP.help-lic.cz
- **síť T - Mobile** - služba T-Mobile Asistent 333 (Asistent Navigator) a rovněž T-Mobile WAP

síť OSKAR - služba OskarKompas, Oskarův WAP

Jak zjistím, zda lékař nezneužívá toho, že jsem cizinec a chce po mně v hotovosti zaplatit příliš? Jak se mohu bránit?

V případě, že jste smluvně pojištěn/a, máte nárok na poskytnutí zdravotní péče v souladu se Všeobecnými pojistnými podmínkami. Většinou je zdravotní péče poskytována bezplatně.

V případě, že jste navštívil/a zdravotnické zařízení a je po vás vyžadována přímá úhrada za péči, na kterou se vztahuje vaše pojištění, je nutné kontaktovat asistenční službu a máte samozřejmě právo přímou úhradu odmítnout. V případě, že jste již uhradil/a částku, vyžádejte si doklad o jejím zaplacení, na kterém by měla být uvedena i specifikace výkonu, který byl proveden.

Oprávněnost vymáhání přímé platby za poskytnutou péči lze pak ověřit u zdravotní pojišťovny (jste - li pojištěncem VZP ČR, pak u její asistenční služby) a v případě, že byla úhrada požadována neoprávněně, domáhejte se vrácení této částky u zdravotní pojišťovny. Platbu provádějte zásadně až po poskytnutí péče

Pokud nemáte zdravotní pojištění, je třeba se zdravotnickým zařízením předem dojednat podmínky, za kterých vás ošetří. Každé zdravotnické zařízení má svůj ceník jednotlivých zdravotních úkonů.

Jak se hradí péče, na kterou se nevztahuje mé zdravotní pojištění?

Úhrada péče, která nemůže být provedena z prostředků veřejného zdravotního či smluvního zdravotního pojištění, musí být provedena přímou platbou v hotovosti.

Jak se platí léky? Co když po mně chtějí v lékárně léky na předpis hradit hotově?

Jste-li pojištěn na základě veřejného zdravotního pojištění, máte nárok na poskytování léčivých přípravků. Je zcela běžné, že na určité léky je vyžadován v lékárně doplatek v hotovosti, tento doplatek je nevratný. Oprávněnost doplatku lze ověřit přímo v lékárně (případně již u lékaře), a to v Sazebníku cen léků

Jste-li zdravotně pojištěn na základě dlouhodobého smluvního zdravotního pojištění, máte nárok na léky a prostředky zdravotnické techniky ve stejném rozsahu jako osoby pojištěné na základě veřejného zdravotního pojištění, s výjimkou sluchadel, elektrických vozíků a myoelektrických protéz. Zde je třeba připomenout, že na základě Všeobecných pojistných podmínek VZP pro dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění jste povinen platit v lékárně léky na recept hotově. Po předložení dokladu o jejich

zaplacení (receptu potvrzeném lékárnou při výdeji těchto léků), máte nárok na zpětné proplacení nákladů na kterékoliv pobočce VZP.

U krátkodobého smluvního pojištění léky předepsané při ambulantní péči lékařem nejsou hrazeny z pojištění. Léky poskytnuté při hospitalizaci jsou součástí nákladů na hospitalizaci a jsou pojišťovnou plně hrazeny.

Jak se platí rychlá záchranná služba?

Zásah rychlé záchranné služby je v tomto případě součástí neodkladné zdravotní péče a je hrazen z pojištění.

Co mám dělat, když se mi přitíží v noci nebo o víkendu? Kam mohu zavolat?

Po celé České republice funguje síť lékařské služby první pomoci. V každém regionu je vždy několik zdravotnických zařízení, která jsou v případě potřeby připravena vás ošetřit, popř. je-li to třeba, vám poskytnou potřebnou zdravotní péči mimo tato zařízení.

V případě naléhavé potřeby přivolání lékařské pomoci **volejte linku 155** záchranná služba. **Pokud nemluvíte česky, volejte tísňové volání linku 112**, kde Vás operátoři hovořící anglicky a německy sami přepojí na linku 155 a Váš problém budou tlumočit.

Jaký je postup, když se mi stane úraz a nehoda a já u sebe nemám kartu pojištěnce, i když jsem pojištěn?

V české republice stále platí, že v případě, kdy váš stav vyžaduje akutní a neodkladnou lékařskou péči, bude vám tato péče poskytnuta samozřejmě i bez předložení kartičky pojištěnce. Skutečnost, zda jste zdravotně pojištěn, je možné snadno ověřit. U pojištěnců v rámci veřejného zdravotního pojištění je toto ověření možné na základě čísla pojištěnce, což je rodné číslo nebo číslo, které vychází z vašeho data narození. Pokud jste pojištěn smluvně, je možno ověřit tuto skutečnost na základě vašeho jména a data narození na asistenční službě VZP ČR. Je možné, že po vás bude požadováno předložení Vašeho průkazu pojištěného dodatečně. Musíme vás v tomto případě ale upozornit, že v praxi po vás může být bez dokladu o pojištění požadována ve zdravotnickém zařízení přímá platba za poskytnutou péči. Jste-li již držitelem průkazu pojištěnce, noste jej stále při sobě, jinak se vystavuje riziku, že Vám policie může udělit pokutu.

Mohu jít v případě zdravotních potíží rovnou k příslušnému specialistovi nebo musím nejdříve k praktickému lékaři?

V případě, že váš stav vyžaduje neodkladnou péči, doporučení praktického lékaře není nutné. V případě, že vaše potíže nejsou akutní, je lepší nejdříve navštívit praktického lékaře. Ten vám v případě potřeby specializované péče vydá doporučení k odborné péči nebo žádost o vyšetření specialistou, který má smlouvu s vaší zdravotní pojišťovnou.

Ke stomatologovi a k ženskému lékaři se chodí vždy přímo.

Jaké jsou výše doplatků u zubního lékaře? Musím si platit veškerou péči u zubního lékaře nebo něco kryje i pojištění?

Jste-li pojištěn v rámci veřejného zdravotního pojištění, stomatologická péče vám bude poskytována bezplatně, a to v rozsahu stanoveném zákonem (jedná se pouze o základní péči). Můžete si však vybrat i výkony z pojištění nehrazené, na jejichž úhradě se budete podílet spoluúčastí nebo je uhradíte v plné výši. Lékař je povinen vás o doplatku případně plné platbě předem informovat.

Jiná situace nastává, jste-li pojištěncem v rámci smluvního pojištění. V případě Krátkodobého smluvního pojištění je hrazena pouze akutní stomatologická péče do výše 5000,-Kč.

U Dlouhodobého smluvního pojištění je vám tato péče hrazena z pojištění pouze jedná-li se o ošetření následků úrazu. Máte však možnost sjednat si nadstandardní typ pojištění pro akutní stomatologickou péči do výše 5000,-Kč.

Stomatologickou péči, kterou pojistné podmínky nezahrnují, hradí pacient.

Kam se mám obrátit v případě, že mě lékař odmítne ošetřit (zaregistrovat), i když mám kartičku pojištěnce?

U lékařů primární péče, mezi které patří zubaři, praktičtí lékaři a gynekologové, se Vám může stát, že vás lékař odmítne zaregistrovat, protože má již naplněný stav pacientů. Pak se musíte obrátit na jiného lékaře.

V případě, že Vás lékař odmítne ošetřit (zaregistrovat) z jiného důvodu,

obraťte se na zdravotní pojišťovnu nebo na odbor zdravotnictví místně příslušného krajského úřadu. Na odbor zdravotnictví se můžete obrátit i v případě stížnosti na konkrétního lékaře, jehož jednání se vám zdálo vůči vám jako diskriminační.

Pokud by ani poté co se obrátíte na zdravotní pojišťovnu či odbor zdravotnictví nedošlo k nápravě, můžete se s danou věcí obrátit na **veřejného ochránce práv** (Kancelář veřejného ochránce práv, www.ochrance.cz Údolní 39, 60200 Brno, tel.: 542 542111).

Smluvní pojištěnci VZP ČR se u lékařů neregistrují. Ošetření provádějí smluvní lékaři, příp. smluvní zdravotnická zařízení VZP ČR.

Bezplatné poskytování zdravotní péče na základě mezinárodních smluv

Na území České republiky je také (mimo rámec veřejného zdravotního pojištění) poskytována zdravotní péče cizím státním příslušníkům na základě mezinárodních smluv, uzavřených mezi Českou republikou a jejich domovským státem

Jedná se především o smlouvy o **bezplatném poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče** na území ČR. Pro uplatnění nároku na zdravotní péči na základě těchto smluv postačí prokázat občanství cestovním pasem. Takto poskytnutou zdravotní péči hradí Ministerstvo zdravotnictví ČR.

ČR má sjednány **bilaterální smlouvy**, upravující **vzájemné bezplatné poskytování neodkladné zdravotní péče svým občanům** s následujícími státy:

Afgánistán, Bosna a Hercegovina, Bulharsko, Irák, Jemen, Republika Makedonie, Kambodža, Kuba, Kypr, Libye, Maďarsko, Maroko, Mosambik, Polsko, státy bývalého SSSR: Arménie, Ázerbájdžán, Gruzie, Kyrgyzstán, Moldávie, Tádžikistán, Řecko, Slovinsko, Súdán, Sýrie, Tunisko, Velká Británie, Vietnam.

V případě Vietnamu a Tuniska se bezplatná zdravotní péče aplikuje pouze na osoby vyslané na území druhého státu v rámci spolupráce upravované těmito dohodami. V praxi

to znamená, že dnem **4. července 2001** ve vztahu k **Vietnamu** a **5. prosince 2001** ve vztahu k **Tuniské republice nemohou na základě těchto dohod bezplatně čerpat zdravotní péči ani turisté zmíněných zemí, ani dlouhodobě usazení cizinci**. Tito musí v ČR uzavřít zdravotní pojištění nebo zaplatit zdravotní péči v hotovosti.

Druhým typem smluv jsou nové **smlouvy o sociálním zabezpečení**, jejichž součástí je též poskytování zdravotní péče. Na jejich základě dochází k přenosu nároku ze zdravotního pojištění na území druhého smluvního státu. Pro uplatnění nároku podle těchto smluv je třeba dodržet určité administrativní postupy. Obecně lze říci, že péče poskytovaná na základě těchto smluv je též omezena na péči nutnou a neodkladnou, po předchozím schválení příslušné zdravotní pojišťovny však může být poskytována i v širším rozsahu. V současné době platí tyto smlouvy od 1.7.2001 s Rakouskem, od 26.4.2002 s Chorvatskem, od 1.3.2002 s Lucemburskem, od 1.9.2002 s Německem, od 1.12. 2002 se Svazovou republikou Jugoslávií (Srbsko a Černá Hora) a brzy k nim přibudou další. Od 1.7.2002 je platná smlouva se Státem Izrael, poskytování zdravotní péče se týká nenadálých porodů, nutné a neodkladné péče při pracovních úrazech a nemocech z povolání. Dnem 1.4.2001 vstoupila v platnost smlouva se Slovenskou republikou, která upravuje poskytování akutní a nezbytné zdravotní péče rovněž z veřejného zdravotního pojištění.

Přesná úprava podmínek, za kterých je péče poskytována, jakým způsobem a v jakých případech je uvedeno ve správních ujednáních, která jsou součástí těchto smluv. Tyto podmínky se v jednotlivých smlouvách mohou lišit. Proto by se **každý měl před odcestováním do ČR informovat u příslušných orgánů, zda splňuje podmínky pro pojištění vyplývající z mezinárodní smlouvy.**

Seznam platných mezinárodních smluv včetně smluv o sociálním zabezpečení je dostupný na internetové adrese Ministerstva zdravotnictví: www.mzcr.cz

STÍŽNOSTI

Občanské sdružení na ochranu pacientů, Podskalská 24, 120 00 Praha 2;

tel: 224921 617

Svaz pacientů ČR, Sokolská 32, 120 00 Praha 2, tel.: 224 266 666, 603 720 158;

fax 257 215 757 www.pacienti.cz

Příloha 7

Pomocná tabulka pro vyplňování dokumentace při příjmu pacientů

Kategorie cizince	Typ pojištění	Do kolonky pojišťovna	Do kolonky číslo pojištěnce	Do kolonky rodné číslo	Barva kartičky
Nepojištěný cizinec /tj. bez našeho zdr. pojištění, vč. Slováků/	-----	444	Nechat prázdné	Dle pravidel jen prvních 6 číslic	-----
Cizinec se smluvním pojištěním 011 /pozor: ne vše pojišťovna hradí, inform. v cizineckém odd./	Komerční léky si hradí pozor na platnost!!!	111	Opište z kart většinou zač.: 1979	Dle pravidel jen prvních 6 číslic	Žlutá nebo hnědá
Cizinec pojištěný u 111 z titulu zaměstnání	Vše jako u českých pojištěnců	111	Modifikace RČ /den + 50/, opište 2 kartičky	Prvních 6 číslic /bez 50/ nebo RČ	Zelená

