

**Slezská univerzita v Opavě
Filozoficko-přírodovědecká fakulta v Opavě**



**MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ
I.**

**Dagmar MASTILIAKOVÁ
Alexandra ARCHALOUSOVÁ
a kol.**

Opava 2008

Obsah MODULU MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ I.

1 MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA	8
1.1 Co je multikulturní výchova	9
1.1.1 Evropská kulturní rozmanitost a celoživotní vzdělávání	11
1.1.2 Multikulturní výchova v České republice.....	12
2 ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ.....	15
2.1 Vybrané pojmy transkulturního ošetřovatelství.....	16
2.1.1 Kulturně zaměřená péče	17
2.1.2 Kulturní export, import, vnímání času, prostor, kontext	18
2.1.3 Lidová a profesionální péče.....	19
2.1.4 Kulturní šok, předpojatost, relativismus, vynucování, slepota	21
2.1.5 Kulturní diverzita, univerzálie a příbuzné pojmy	22
2.2 Kultura a související pojmy	23
2.2.1 Etnikum, etnická skupina, etnicita, etnocentrismus.....	24
2.2.2 Národ, národnost, národnostní menšina	26
2.2.3 Stereotypy, předsudky, xenofobie, diskriminace.....	26
2.2.4 Minorita, dominantní skupina, marginalita, segregace.....	28
2.2.5 Rasy, rasismus, rasová diskriminace a násilí.....	29
2.2.6 Multikulturní a transkulturní přístupy – respekt k odlišnosti	31
3 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	34
3.1.1 Definice a cíle transkulturního ošetřovatelství	37
3.1.2 Faktory a trendy ovlivňující transkulturní ošetřovatelství	38
3.1.3 Stručný historický vývoj transkulturního ošetřovatelství	40
3.2 Kulturní faktory ovlivňující chování v péči o zdraví.....	42
3.2.1 Kulturně lidové a profesionálně medicínské postupy.....	43
3.2.2 Kulturní hodnoty a jejich vztah ke zdravotnickým postupům.....	45
3.2.3 Lidová (generická, tradiční, emická) léčba a péče	47
3.2.4 Důsledky lidových postupů pro ošetřovatelskou péči	52
3.3 Etické aspekty transkulturního ošetřovatelství.....	56
3.3.1 Právo klientů/pacientů na respektování jejich kultury.....	59
3.3.2 Etické povinnosti a etická odpovědnost sestry	60
3.3.3 Etické zásady a principy transkulturní péče	63
3.3.4 Součástí kulturního hodnocení – zásady sběru dat a informací.....	64
3.4 Komunikace v transkulturním ošetřovatelství.....	68
3.4.1 Vybrané odlišnosti verbální komunikace v multikulturním prostředí.....	71
3.4.2 Vybrané odlišnosti neverbální komunikace v multikulturním prostředí	72
3.4.3 Implementace komunikační variability do zdravotnické praxe.....	75
3.5 Zásady transkulturní ošetřovatelské péče	79
3.5.1 Příklady z klinické praxe v transkulturním ošetřovatelství	82
3.6 Standardy transkulturního ošetřovatelství.....	87
4 TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ.....	90
4.1 Leiningerová, M. – teorie a model kulturní péče	93
4.1.1 Historické souvislosti vzniku teorie M. Leiningerové.....	95
4.1.2 Východiska teorie M. Leiningerové	96
4.1.3 Teorie kulturní péče M. Leiningerové.....	97
4.1.4 Model kulturní péče M. Leiningerové.....	100
4.1.5 Model M. Leiningerové a ošetřovatelský proces.....	103
4.1.6 Model M. Leiningerové a obecné vědecké teorie.....	105
4.2 Gigerová, J. N. a Davidhizarová, R. E. – rámcová struktura pro kulturní zhodnocení ..	111
4.2.1 Metaparadigma modelu Gigerové - Davidhizarové	111

4.3 Andrews., M. a Boyle, S. J. – osnova ke kulturnímu zhodnocení.....	119
5 CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE	126
5.1 Procesy migrace v České republice	127
5.1.1 Azylová zařízení v České republice	129
5.1.2 Počet a struktura cizinců v České republice	130
5.1.3 Rozmístění cizinců v ČR a jejich demografické znaky	131
5.1.4 Otázky integrace cizinců a jejich ekonomická aktivita	132
5.1.5 Zdravotní péče a cizinci.....	134
5.2 Cizinci ruského původu žijící v České republice.....	136
5.2.1 Zvyky a tradice přistěhovalců ze států bývalého Sovětského svazu	137
5.3 Cizinci asijského původu žijící v České republice.....	145
5.3.1 Země Asie a nejpočetnější zastoupení asijských komunit v ČR	145
5.4 Zvyky a tradice vietnamského etnika.....	147
5.4.1 Kasuistika klientky vietnamské komunity.....	149
5.5 Zvyky a tradice asijské části ruského etnika	152
5.5.1 Kasuistika klienta ruské komunity	154
5.6 Zvyky a tradice tureckého etnika	157
5.6.1 Kasuistika klienta turecké komunity	158
5.7 Zvyky a tradice japonského etnika.....	162
5.7.1 Kasuistika klienta japonského etnika	164
5.8 Zvyky a tradice mongolského etnika.....	168
5.8.1 Kasuistika klientky mongolského etnika.....	170



RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY MODULU MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ I.

Rychlý
náhled

Modul Multikulturní ošetřovatelství I. tvoří pět kapitol.

V první kapitole je objasněn význam a obsah pojmu „multikulturní výchova“. Moderní otevřená společnost v podmínkách rychlého industriálního rozvoje se rychle mění. Dochází k ovlivňování a změnám v životě národů a národností, jež ztrácejí svá specifika. Multikulturní výchova prostřednictvím vzdělávacích programů zvyšuje schopnost lidí naučit se respektovat i jiné kultury než svou vlastní, a to má praktický význam pro život, zejména ve vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras, apod.

Ve druhé kapitole je uvedeno nejčastější pojmosloví používané v oblasti kultury a transkulturního ošetřovatelství jako např. kulturně zaměřená péče, kulturní export, kulturní import, kulturní kontext, generická péče, profesionální péče, kulturní šok, předpojatost, relativismus, vynucování, slepota, kulturní diverzita, kulturní univerzálie, národ, rasy, minorita, dominantní skupina a další.

Ve třetí kapitole je pojednáno o transkulturním ošetřovatelství jako významné oblasti teorie a praxe zdravotnictví, která se zaměřuje na srovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí. Hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytování kulturně specifické a univerzálně praktické péče nejen při podpoře zdraví, ale i v situacích, kdy lidé odlišné kultury čelí nepříznivým životním podmínkám, chorobám nebo umírání.

Ve čtvrté kapitole je pojednáno o teoretických modelech kulturní péče zahrnující teorii a model nejznámější představitelky kulturně specifické péče Madeleine Leiningerové; uvedena je rámcová struktura pro kulturní zhodnocení amerických autorek J.N.Gigerové a R.E. Davidhizarové; a osnova ke kulturnímu zhodnocení pro poskytovatele zdravotnické péče autorů M.Andrews a S.Boyle.

V páté kapitole je pojednáno o cizincích v České republice; uvedeny jsou např. zvyky a tradice přistěhovalců z bývalého Sovětského svazu; zmíněni jsou např. cizinci asijského původu žijící v České republice; vybrané kasuistiky přibližují zvyky a tradice vietnamského etnika, asijské části ruského etnika, tureckého etnika, japonského a mongolského etnika.



ÚVODEM MODULU MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ I

Modul je určen studentům ošetrovatelství a je součástí teoretických i praktických základů tohoto studijního programu.

Minimálními vstupními požadavky je znalost základů: **Teorie ošetrovatelství, Potřeb člověka, Ošetrovatelského procesu a Veřejného zdravotnictví.**

V rámci modulu se student seznámí s významem a potřebou multikulturního přístupu v péči o uspokojování individuálních potřeb kulturně determinovaného jedince (skupin, komunit), respektování jeho (jejich) práv na vlastní kulturní hodnoty, víru a přesvědčení.

Aplikace multikulturního/transkulturního přístupu je nejen právem každého jedince, ale také jedním z kritérií kvality péče.

Proč dva různé pojmy? Multikulturní a transkulturní? V podstatě jde o pojmy stejného významu (synonyma). **Multikulturní** přístup znamená uznávání hodnoty všech lidí a kultur, který jim dává pocit příslušnosti k širšímu společenství. Pro pojem **transkulturní** je příznačné, že nestaví do centra pozornosti pouze kulturu, ale i obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a minoritními skupinami. Proto také v souvislosti s ošetrovatelstvím je v zahraničí, a nyní už i u nás více používán pojem transkulturní.

Vzhledem k tomu, že studijní text rozšiřuje poznatky studenta o jeho dosud málo známou dimenzi v ošetrovatelské péči, autoři doporučují, aby se každý studující nejprve zaměřil na studium a porozumění základnímu pojmosloví.

Terminologická náročnost bude vyžadovat opakování a hlubší promýšlení souvislostí. Při prvním čtení mohou být studující rozpačití a pociťovat obavy, že těmto věcem nemohou porozumět.

Není třeba se však obávat! Odkrývání nepoznaného je vždy jako dobrodružství, které nakonec v tomto případě skončí opravdu šťastně a úspěšně!

Po zvládnutí základní terminologie, pak bude způsob práce s textem záviset na samotném studentovi, kterou kapitolu upřednostní, nebo která u něj už svým názvem vzbudí pozornost a zájem.

K praktickým cvičením (procvičování např. získávání údajů – kulturní zhodnocení) - vedení rozhovoru s klientem/pacientem pro sestavování ošetrovatelské anamnézy je v textu uvedeno několik typů rámcových struktur. Ty mohou využívat nejen studenti, ale i ostatní zájemci v klinické praxi, kteří se budou aktivně podílet na implementaci změn v ošetrovatelské praxi v rámci systému primární, sekundární a terciární zdravotní péče.



CÍL MODULU MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ I

Po úspěšném a aktivním absolvování tohoto MODULU

Budete umět:

- novou terminologii související s problematikou transkulturního ošetřovatelství
- vyjmenovat faktory ovlivňující transkulturní ošetřovatelství
- používat rámcové struktury ke kulturnímu ošetřovatelskému hodnocení
- lépe komunikovat s příslušníky jiných kultur
- myslet na v dimenzích transkulturního ošetřovatelství

*Budete
umět*

Získáte:

- větší rozlišovací schopnost a citlivost k etnickým, kulturním a sociálním specifikům
- vyšší profesionální jistotu v péči o lidi jiné kultury, etnika či sociální vrstvy
- větší citlivost a obratnost v oblasti nonverbální komunikace a paralingvistiky
- předpoklady kontinuálně rozvíjet svou kulturní způsobilost
- vlastní osobnostní růst a rozvoj lidství

Získáte

Budete schopni:

- lépe rozlišovat jevy etnické a kulturně determinované od sociálně patologických jevů
- lépe rozlišovat praktiky generické (lidové, emické) péče o zdraví
- dodržovat etické aspekty v ošetřovatelské péči
- podílet se na překonávání jazykových bariér
- prožívat uspokojení z profesionálně poskytnuté péče

*Budete
schopni*

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

K prostudování celého modulu budete potřebovat 24 – 32 hodin



PRŮVODCE STUDIEM 1

Vzhledem k nové specifické terminologii, která je neoddelitelnou součástí transkulturního ošetřovatelství doporučujeme její častější opakování a ujištění se o tom, že ji dobře rozumíte. To vám usnadní studium této problematiky a obohatí vaše profesionální citění o další lidskou dimenzi ošetřovatelství.





1 MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY KAPITOLY MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Lidé si uvědomují svou rozdílnost kulturní, etnickou, rasovou, jazykovou, náboženskou a jinou; a také to, že je v jejich zájmu se o těchto rozdílech učit a rozšiřovat si znalosti a dovednosti, jenž usnadňující vzájemnou komunikaci a interakci.

**Rychlý
náhled**

Multikulturní výchova prostřednictvím vzdělávacích programů umožňuje lidem získat způsobilost pochopit a respektovat i jiné kultury než svou vlastní.

Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras, apod.

Multikulturní výchova je termín, který se dříve nejčastěji používal ve vyspělých zemích např. v USA, Velké Británii, Kanadě, Austrálii. V důsledku společenských změn a mezinárodní migrace se nyní běžně používá i České republice.

Multikulturní výchova se dnes v mezinárodním měřítku rozvíjí jako oblast vědecké teorie a výzkumu, a také ve výchově a vzdělávání odborníků včetně zdravotnických pracovníků.

CÍLE KAPITOLY MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Po úspěšném a aktivním absolvování této KAPITOLY

Budete umět:

- vysvětlit pojem multikulturní výchova
- zdůvodnit význam multikulturní výchovy
- zdůvodnit kulturní rozmanitost Evropy
- vysvětlit potřebu celoživotního vzdělávání pro každého jednotlivce

**Budete
umět**

Získáte:

- širší pohled na potřebu celoživotního vzdělávání

Získáte

Budete schopni:

- zamyslet se nad vlastními zkušenostmi z interakce s příslušníky menšin
- uvědomit si vlastní potřebu nových znalostí a dovedností, kterou může poskytnout multikulturní výchova

**Budete
schopni**

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je 30 - 60 minut.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Multikulturní výchova, multikulturní prostředí, celoživotní vzdělávání, sociální exkluze, kulturní konsolidace, diverzita, etnika, národ, národnosti, identita.

Klíčová slova

1.1 Co je multikulturní výchova

Multikulturní výchova prostřednictvím vzdělávacích programů zvyšuje schopnost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní, a má značný praktický význam týkající se vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras, apod.

Multikulturní výchova je oblast:

1. *vědecké teorie*, která se utváří napříč několika vědami – tedy jde o transdisciplinární teorii.
2. *výzkumu*, který zásobuje jak teorii, tak praxi poznatky o multikulturní realitě, v níž se rozvíjí současná civilizace.
3. *infrastruktury*, jež vytváří organizační a informační základnu pro teorii, výzkum a realizaci multikulturní výchovy.
4. *praxe, edukační a osvětové činnosti*, realizované ve školách a institucích celoživotního vzdělávání za účelem sblížení a spolupráce mezi etniky, národy, kulturami a rasami.



Vývoj národů a národností (etnických skupin) je v podmínkách novodobého industriálního vývoje definován dvěma navzájem protikladnými tendencemi:

- na jedné straně industriální vývoj vede ke *sjednocování ekonomik*, čímž národy a etnické skupiny ztrácejí svá specifika ve struktuře výroby, výrobní základně, využívání spotřebních předmětů, apod.

- na druhé straně probíhá proces *kulturní konsolidace*, tzn., že roste etnická uvědomělost. Etnickou uvědomělost lze zvyšovat růstem vzdělanosti, kulturní úrovně, růstem historického vědomí, růstem znalostí jiných národů, etnik či kultur. Celkově jde o proces, který lze pojmenovat jako *etnický paradox národnostního vývoje*, jehož nerespektování vede k sociálním nebo politickým konfliktům.



K ZAPAMATOVÁNÍ 1



Multikulturní výchova prostřednictvím vzdělávacích programů zvyšuje schopnost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní, a má značný praktický význam tykající se vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras, apod.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 1

Charakterizujte čtyři oblasti multikulturní výchovy.

Vysvětlete dvě navzájem protichůdné tendence v podmínkách novodobého industriálního vývoje národů, národností a etnických skupin.

KONTROLNÍ OTÁZKA 1

Co znamená, když řekneme „etnický paradox národnostního vývoje“ ?

1.1.1 Evropská kulturní rozmanitost a celoživotní vzdělávání

Evropa je charakteristická svou kulturní rozmanitostí. Určité lokality sice mají odlišné rysy a problémy, ale všechny sdílejí jedinečné typické znaky místa a identity.

Rozsah současných ekonomických a sociálních změn v Evropě vyžaduje zcela nový přístup ke vzdělávání. Celoživotní učení je společnou střechou, pod kterou by se měly sjednotit všechny druhy vzdělávání. Uvedení celoživotního učení do praxe vyžaduje, aby všichni efektivně spolupracovali – jak jednotlivci, tak organizace.

V polovině 90.let se dospělo ke shodě nejen v tom, že vzdělávání v průběhu celého života jedincům pomáhá udržovat ekonomickou konkurenceschopnost a zaměstnanost, ale že je také nejlepším způsobem překonávání jejich *sociální exkluze*. To znamená, že při vzdělávání musí stát v centru pozornosti jedinec a jeho potřeby.

Stoupající význam vzdělání v ekonomice a společnosti založené na znalostech je doprovázeno změnou pojetí vzdělávání a vzdělávacích systémů směrem k celoživotnímu učení. Ekonomické a sociální změny v Evropě vyžadují zcela nový přístup ke vzdělávání:

- nové základní dovednosti pro všechny
- více investic do lidských zdrojů
- inovovat vyučování a učení
- oceňovat učení
- přehodnotit poradenství
- přiblížit učení domovu

Dnešní Evropa tak zažívá změny v rozsahu srovnatelném s průmyslovou revolucí. Digitální technika přeměňuje všechny aspekty lidského života, zatímco biotechnologie může jednoho dne změnit samotný život. Obchod, cestování a komunikace ve světovém měřítku rozšiřují kulturní horizonty lidí a mění způsob, jimiž si ekonomiky navzájem konkurují.

Moderní život přináší lidem větší šance a možnosti výběru, avšak také větší rizika a nejistotu. Lidé mohou svobodně přijímat různé životní styly, zároveň však mají odpovědnost za utváření svého vlastního života.

Evropské společnosti se také mění v mozaiky různých kultur. Tato diverzita představuje velký potenciál pro tvořivost a inovace ve všech sférách života. Tyto změny jsou však neodmyslitelnou součástí celkového přechodu ke společnosti znalostí, jejímž ekonomickým základem je tvorba a výměna nehmotných statků a služeb. V tomto druhu společenského světa jsou prvořadě aktuální informace, vědomosti a dovednosti. Nejvíce záleží na lidské schopnosti vytvářet a efektivně a rozumně používat znalosti ve stále se měnícím světě. Aby lidé plně rozvinuli tuto schop-

nost, musí chtít a mít možnost vzít svůj život do vlastních rukou - stát se aktivními občany.

Vzdělávání v průběhu celého života je pro každého tou nejlepší cestou, jak se vypořádat se změnami. Lidé si budou plánovat odpovídající učební aktivity v průběhu života jen tehdy, budou-li se chtít učit. Lidé musí být k učení motivováni. Každý by měl být schopen procházet cestami otevřeného učení podle své vlastní volby, a ne být povinen jít předem určenými vzdělávacími trasami. Systémy vzdělávání by se měly přizpůsobovat individuálním potřebám a požadavkům.



Nové základní dovednosti pro všechny. Toto je podstatným základem pro aktivní občanství a zaměstnanost v Evropě 21.století. Cílem je zaručit všeobecný a neustálý přístup k učení pro získávání a obnovování dovedností potřebných pro trvalou účast ve společnosti znalostí. Hospodářské a sociální změny modifikují a zvyšují profil základních dovedností, které by měl mít každý, aby se mohl aktivně účastnit pracovního a rodinného života.

Nové základní dovednosti jsou takové, které vyžaduje aktivní účast ve společnosti ekonomiky znalostí – na trhu práce a v pracovním životě, v reálných i virtuálních společenstvích a v demokracii. Tyto dovednosti umožňují člověku nalézt vlastní identitu a stanovit si životní cíle. Některé z těchto dovedností (např. digitální gramotnost) jsou nové, zatímco jiné získávají jinou hodnotu

KONTROLNÍ OTÁZKA 2



Co rozumíme pod pojmem „sociální exkluze“?

SAMOSTATNÝ ÚKOL 2



Vyjmenujte hlavní body nového přístupu ke vzdělávání v Evropě.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 3



Vysvětlete význam celoživotní vzdělávání pro každého jedince v moderní Evropě.

1.1.2 Multikulturní výchova v České republice

Potřeba multikulturní výchovy v systému vzdělávání vyplývá ze samotné ústavní koncepce České republiky, ale aktuální naléhavosti nabyla teprve s nesnázemi soužití mezi jednotlivými etniky v druhé polovině devadesátých let. Opakované projevy xenofobie a nesnášenlivosti

na různých místech země podnítily přijetí řady legislativních, správních i sociálních opatření ke zlepšení situace ve vztazích mezi většinovou populací a menšinami.

Pro Českou republiku má mezinárodní migrace dvojí význam: má vliv na bilanci obyvatelstva v době, kdy dochází ke snižování počtu obyvatelstva republiky a dále je to důležitá složka bilance pracovních sil v etapě rostoucí nezaměstnanosti.

Např. v letech 1991-2000 se do České republiky přistěhovalo k trvalému pobytu 98 919 obyvatel, z nichž bylo 53,2 % mužů a 46,8 % žen. Imigranti měli z demografického pohledu příznivé složení, protože mezi nimi bylo 10,7 % dětí mladších 15 let, 79,2 % obyvatel v produkčním věku 15-59 let a pouze 10,0% obyvatel starších 60 let, což znamenalo příznivou odchylku od věkové struktury obyvatelstva republiky. Z hlediska ekonomického přínosu bylo toto období mezinárodního stěhování do České republiky pozitivní. Mezi přistěhovalci bylo 22,7 % vysokoškolsky vzdělaných, 29,4% se středním vzděláním s maturitou, 28,3 % střední vzdělání bez maturity a 19,6 % základní vzdělání.

V roce 2004 se Česká republika připojila k Evropské unii, a proto by lidé měli být připraveni na intenzivní kontakty s příslušníky jiných států, národů, etnik – jiných kultur. Také politické změny ve světě a měnící se ohniska válečných a etnických konfliktů vyvolávají příliv jiných etnik do Evropy včetně České republiky. Etnická paleta populace žijící v současné České republice je dosti pestrá a to způsobuje řadu problémů, mj. také proto, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky.



V této souvislosti se multikulturní výchova stává nedílnou součástí profesního vzdělávání zdravotnických pracovníků. V průběhu doby budou zdravotníci stále více přicházet do kontaktu s jinými národnostmi a etniky a své poznatky budou aktualizovat v závislosti na migračních proudech směřujících do České republiky.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 4



Vysvětlíte, proč je v celoživotním vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví nutná multikulturní dimenze.

SHRnutí KAPITOLY MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA**Shrnutí kapitoly**

Evropa je charakteristická svou kulturní rozmanitostí. Lidé v jednotlivých zemích by proto měli být dobře připraveni na intenzivní kontakty s příslušníky jiných států, národů, etnik – jiných kultur. Také politické změny ve světě a měnící se ohniska válečných a etnických konfliktů vyvolávají příliv jiných etnik do Evropy včetně České republiky. Etnická paleta populace žijící v současné České republice je dosti pestrá a to způsobuje řadu problémů, mj. také proto, že většina Čechů není připravena na soužití s jinými etniky.

Multikulturní výchova se tak stává aktuální a naléhavou. Prostřednictvím vzdělávacích programů umožňuje lidem pochopit a respektovat jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných ras, etnik a národů.

Vzdělávání v průběhu celého života je pro každého tou nejlepší cestou, jak se vypořádat se změnami.

DALŠÍ ZDROJE

KOLEKTIV: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství*. Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s.4-5

www.diskriminace.info, www.migraceonline.cz, www.demografie.info, www.domavcr.cz, www.cizinci.cz,



2 ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY KAPITOLY ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

Tato kapitola je zaměřena na vymezení celé řady pojmů, které úzce souvisí s problematikou kultury a transkulturního ošetřovatelství. Mezi tyto pojmy patří např. kulturní hodnoty, etnikum, etnická skupina, etnicita, etnocentrismus, národ, národnost, národnostní menšina, minorita, dominantní skupina, marginalita, stereotypy, předsudky, xenofobie, diskriminace, rasy, rasismus, rasová diskriminace a násilí. K transkulturnímu ošetřovatelství patří pojmy a terminologické vazby jako např. kulturně zaměřená péče, kulturně dané vnímání času, kulturní prostor, generická (lidová) a profesionální péče, kulturní relativismus a multikulturalismus, apod.

**Rychlý
náhled**

CÍLE KAPITOLY ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

Po úspěšném a aktivním absolvování této KAPITOLY

Budete umět:

- vysvětlit základní pojmy související s kulturou a kulturně podmíněným chováním jedinců;
- vysvětlit význam a účel poskytování kulturní péče
- vysvětlit rizika kulturní slepoty a kulturního vynuovení ze strany zdravotnických pracovníků

**Budete
umět**

Získáte:

- poznatky o souvislostech vzniku kulturního šoku u imigrantů a uprchlíků
- poznatky o riziku uplatňování kulturní předpojatosti v interakci s jedincem odlišné kultury
- poznatky o odlišnostech lidové a profesionální péče, které zdravotnickému personálu usnadní používat ohleduplný přístup k lidem odlišné kultury

Získáte

Budete schopni:

- využít získané poznatky při interakci s jedinci (skupinami) odlišné kultury
- uplatnit získané poznatky při poskytování profesionální péče jednotlivcům (skupinám) odlišné kultury
- rozšiřovat své znalosti o další informace a poznatky související s danou kulturou a odlišností svých budoucích klientů/pacientů

**Budete
schopni**

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



K prostudování této kapitoly budete potřebovat 10 – 12 hodin studia.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

Transkulturní/multikulturní ošetřovatelství, kulturně přiměřená/kongruentní péče, kulturní střet, kulturní import, kulturní prostor, kulturní kontext, kulturní relativismus, kulturní šok, apod.

Klíčová slova

2.1 Vybrané pojmy transkulturního ošetřovatelství

Pojem *transkulturní ošetřovatelství* poprvé použila v šedesátých létech 20. století *Madeleine Leiningerová*, americká profesorka ošetřovatelství a antropologie, která je zároveň zakladatelkou tohoto oboru v USA.

V odborné literatuře se setkáváme také s pojmem *multikulturní ošetřovatelství*, což lze považovat za synonymum k pojmu *transkulturní ošetřovatelství*.

Dá se říci, že *transkulturní ošetřovatelství* je význačná oblast teorie a praxe zdravotnictví, soustředěná na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

Jeho cílem je poskytovat kulturně specifickou a univerzální praktickou péči pro podporu zdraví a k prospěchu lidí, případně pomáhat čelit svízelným situacím, onemocněním nebo smrti smysluplnými kulturně podmíněnými postupy.

Transkulturní ošetřovatelství klade důraz na komparativní (srovnávací) studium, s cílem nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví. Směřuje k péči „šité na míru“ a k péči kongruentní, tj. takové, jež je v souladu s osobností a kulturou klienta.

Jako ošetřovatelství obecně, i tato jeho součást se má zakládat na vzdělání a humanitě v profesním jednání, které usiluje konkrétní činností podpořit, posílit nebo obnovit zdraví, eventuálně zmírnit dopad postižení, či se vyrovnat se smrtí.

Ošetřovatelská profese dostává od společnosti mandát pro službu lidem. S rozvojem povědomí o různých kulturách pak rozšiřuje tento svůj mandát na službu lidem v celosvětovém kontextu.





K ZAPAMATOVÁNÍ 2



Transkulturní ošetřovatelství představuje významnou oblast teorie a praxe zdravotnictví, která se zaměřuje na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

Cílem transkulturního ošetřovatelství je zajišťovat kulturně přiměřenou (kongruentní) péči.

KONTROLNÍ OTÁZKA 3



Co znamená pojem synonymum ?

2.1.1 Kulturně zaměřená péče

Kulturně zaměřená péče je základní pojem transkulturního ošetřovatelství. Kulturně zaměřenou péči chápeme jako kognitivně zpracované a předané profesní i lidové tradiční hodnoty, přesvědčení a navyklá životní schémata, která mají pomáhat jednotlivci nebo skupině podporovat, udržovat a zlepšovat zdraví, a také zkvalitňovat její životní styl a životní podmínky.

Kulturně zaměřená péče mapuje a zohledňuje různé podoby péče v konkrétních kulturních prostředích. Zahrnuje péči: *preventivní; útěšnou* (zvláště pro děti); *povzbuzující a motivující; péči založenou na náklonnosti; a péči výchovnou;*

Specifická péče o příslušníky dané kultury se dá „předepsat“ téměř tak účelně, jako pilulka pro určitou nemoc. Vedle toho vždy *zvažujeme všeobecnou (univerzální) kulturně řízenou péči*. Ta zahrnuje postupy a zásady ošetřovatelské péče platné obecně pro většinu klientů či všechny kulturní skupiny, a vyvěrá z nejobecnějších lidských potřeb. *Specifická a všeobecná péče* se navzá-

jem doplňují.

Cílem transkulturního ošetrovatelství je zajišťovat kulturně přiměřenou (kongruentní) péči. Do této péče spadají všechny asistenční, podpůrné, posilující a zajišťující kroky, které s ohledem na kulturu zabezpečují účelnou, prospěšnou a uspokojivou péči o blaho zdravých i nemocných, a také podporu a pomoc při vyrovnání se s tělesným nebo duševním postižením a smrtí.

Pokud se sestře nedaří poskytovat kulturně adekvátní péči ke spokojenosti klienta, nebo její snahy vedou k *distresu*, hovoří se o konfliktu v kulturně orientované péči.

Vyhraněnost sporných otázek v kontaktu klient - sestra je označována jako *kulturní střet*. V jejich důsledku klient ztrácí spokojenost a často je emočně zraněný a obtížněji spolupracuje. Někdy se odpor klienta manifestuje jako *tichá konspirace* (tiché spiklenectví).



K ZAPAMATOVÁNÍ 3



Kulturně zaměřená péče je základní pojem transkulturního ošetrovatelství. Kulturně zaměřenou péči chápeme jako kognitivně zpracované a předané profesní i lidové tradiční hodnoty, přesvědčení a navyklá životní schémata, která mají pomáhat jednotlivci nebo skupině podporovat, udržovat a zlepšovat zdraví, a také zkvalitňovat její životní styl a životní podmínky.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 5



Vyjmenujte podoby péče, kterou zahrnuje kulturně zaměřené péče v konkrétních kulturních prostředích.

2.1.2 Kulturní export, import, vnímání času, prostor, kontext

Dalšími dvěma důležitými pojmy v transkulturním ošetrovatelství jsou *kulturní export* a *kulturní import*.

Kulturní export představuje vysílání myšlenek know-how, materiálního vybavení, odborné literatury, učebních osnov, apod. do jiných kultur (což může být přínosné, ale občas i problematické).

Kulturní import je dovozem takovýchto položek do vlastního prostředí.

Významný je i pojem *kulturně dané vnímání času*. Různé názory se liší v důrazu na minulost, přítomnost, budoucnost, přesnost (vžilo se dokonce označení „BCT“ z „black colored time“ pro odlišné chápání časových dimenzí u osob afrického původu s tmavou pletí).

Hovoří se i o tzv. *společenském čase*, což je čas vymezený pro rekreaci a nevykonné záliby.

Kultury si rovněž regulují svůj *cyklický čas*, tedy pravidelně se opakující rytmus činnosti v periodách dnů, týdnů, měsíců, let.

Sestry přispějí k dobré spolupráci s klienty, pokud se o tato časová pojetí budou zajímat.

Dalším pojmem je *kulturní prostor* v komunikaci a vzájemné interakci. Vystihuje zákonitosti, jimiž se v dané společnosti řídí teritoriální členění, vzdálenost dvou osob při hovoru, zaměření pohledu, apod. (Například antropolog Hall v západní kultuře rozlišoval tři pásma: 1.intimní zóna 0-40/50cm; 2.osobní zóna do 50 cm; 3. sociální/veřejný prostor 90-180 cm;). Méně osobního prostoru vyžadují například Japonci, více Kanadčané a Skandinávci. I vnímání tělesného dotyku závisí často na kultuře, pohlaví i věku (nebo věkovém rozdílu).

Sdílené významy a životní zkušenosti ve své celistvosti nazýváme *kulturním kontextem*. Ke kulturnímu kontextu počítáme i společenské a přírodní/civilizační prostředí.

Rozlišujeme *semknutý* a *volný kulturní kontext*. Ve volném kontextu jde o menší afinitu, osoby ve volném kulturním kontextu potřebují k dosažení plné shody více komunikace a objasnění postojů.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 6



Uveďte vlastní příklad kulturního exportu a kulturního importu.

Uveďte svou zkušenost s péčí o pacienty v kulturním kontextu.

KONTROLNÍ OTÁZKA 4



Jaké je podle vás vnímání času v naší kultuře ? (Minulost? Přítomnost? Budoucnost?)

2.1.3 Lidová a profesionální péče

Lidová (laická, generická) péče je převážně *emická* (zevnitř kolektivu), kdežto v *profesionální péči* převažuje složka *etická* (intervence z vnějšku). Zdroje a techniky těchto dvou typů péče se liší. Generická péče se opírá o předávané tradice a dovednosti populace (kultury).

Profesionální péče je vědomě zpracovaná, institucionalizovaná a formálně standardizovaná,

mnohdy však opomíjí holistickou povahu člověka a staví klienta do role nevědoucího objektu.

Jak *lidová*, tak *profesionální péče* mají být v transkulturním pojetí začleněny v zájmu zdraví a prospěchu klienta, který má nárok na zodpovědný a kulturně ohleduplný přístup personálu.

Srovnání lidové (laické, generické) péče s profesionální péčí	
LIDOVÁ (EMICKÁ) PÉČE A LÉČBA	PROFESIONÁLNÍ (ETICKÁ) PÉČE A LÉČBA
<ul style="list-style-type: none"> • humanisticky orientovaná 	<ul style="list-style-type: none"> • vědecky orientovaná
<ul style="list-style-type: none"> • o klienty pečují známé osoby a používají jim známé a průhledné metody 	<ul style="list-style-type: none"> • klienty pečují neznámé osoby a používají klientům neznámé techniky
<ul style="list-style-type: none"> • holistický a integrovaný přístup, který klade důraz na sociální vztahy, jazykové zázemí a životní styl 	<ul style="list-style-type: none"> • útržkovité a neintegrovane služby, zaměřené na dichotomní vidění těla a mysli
<ul style="list-style-type: none"> • v popředí je péče a ošetřování 	<ul style="list-style-type: none"> • v popředí je léčba, diagnostika, medikace
<ul style="list-style-type: none"> • převážně bez použití technologie, dává přednost osobním vztahům a lidovým léčivům 	<ul style="list-style-type: none"> • převážně technologicky založená, početné diagnostické testy a odborné procedury
<ul style="list-style-type: none"> • soustředí se na prevenci onemocnění a postižení; podporuje běžný životní režim 	<ul style="list-style-type: none"> • soustředí se na terapii nemocí a postižení, na patologické jevy
<ul style="list-style-type: none"> • využívá důvěrné komunikace 	<ul style="list-style-type: none"> • využívá odosobněné komunikace
<ul style="list-style-type: none"> • zakládá se na tradičních léčebných a ošetřovatelských zkušenostech 	<ul style="list-style-type: none"> • zakládá se na vyhodnocování a úpravě biofyzických a emočních faktorů

K ZAPAMATOVÁNÍ 4



Lidová (generická, laická) péče je převážně *emická* (zevnitř kolektivu), kdežto v *profesionální péči* převažuje složka *etická* (intervence z vnějšku). Zdroje a techniky těchto dvou typů péče se liší. Lidová péče se opírá o předávané tradice a dovednosti populace (kultury).

Profesionální péče je vědomě zpracovaná, institucionalizovaná a formálně standardizovaná, mnohdy však opomíjí holistickou povahu člověka a staví klienta do role nevědoucího objektu.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 7



Uveďte vlastní příklad na poskytování lidové péče.

Uveďte vlastní příklad na poskytování péče profesionální.

DALŠÍ ZDROJE



MASTILIAKOVÁ, D.: Kulturní relativismus v ošetřovatelství – schopnost ovlivňovat prostředí. In: *Kolektiv: 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: FPF, 2007. ISBN 978-80-7248-005-0 s.52 – 64

2.1.4 Kulturní šok, předpojatost, relativismus, vynucování, slepota

Dalším pojmem v transkulturním ošetřovatelství, který vychází z antropologie je *kulturní šok*. Hovoříme o něm v souvislosti s lidmi, kteří jsou dezorientováni v cizím prostředí, a obtížně hledají způsoby, jak přiměřeně reagovat při kontaktu s příslušníky jiných kultur. *Kulturní šok* vzniká například v souvislosti s přistěhovalectvím (imigrací) a uprchlictvím.

Důležité jsou rovněž pojmy *uni(mono)kulturalismus* a *multikulturalismus*. První označuje důraz na rozhodující funkci mateřské kultury při formování jednotlivce s ohlednutím od zkoumání jiných kultur; druhý označuje panoramatickou perspektivu, beroucí v úvahu existenci mnoha rozličných kultur/subkultur a jejich vliv.

S uni(mono)kulturalismem se pojí *etnocentrismus* – je to přesvědčení, že vlastní osobní založení je tím nejkvalitnějším či nejpřijatelnějším v celém výběru životních cest.

Blízko k etnocentrismu má pojem *kulturní předpojatost*. Taková předpojatost může narušovat vztahy s klienty a obírat je o prostor, který pro projevy své kulturní pestrosti mají.

Postoj vedoucí v krajní podobě k popření společných rysů kultur a společných hodnot se nazývá *kulturní relativismus*. Umírněný relativismus se však otevírá objevování specifík a obecností (univerzálií) napříč kulturami, aniž by se přitom například sestra vzdávala svých vlastních kulturních kořenů.

Při výuce ve zdravotnických oborech i v klinické praxi někdy dochází k tzv. *kulturnímu vynucování*. Je dosud poměrně časté u sester, které svá kulturní měřítká a návyky z pozice autority roubojí na pacienty, čímž jim z různých důvodů upírají právo svobodného rozhodování.

Od padesátých let 20. století se ujal termín *kulturní slepota*. Vystihuje stav, kdy jedinec nedokáže zřetelně vnímat, že jeho vlastní konání je kulturně předpojaté. Tuto situaci ilustruje příklad sestry, která si dlouho nedokázala uvědomit, že nemá podávat svému arabskému pacientovi léky v polední době, kdy nebyl na pokoji k zastizení a věnoval se modlitbě v jiné části nemocniční budovy. Tato sestra rigidně trvala na svém kulturně podmíněném režimu.

Novým pojmem v multikulturním ošetřovatelství je *kulturní bolest*. Dochází k ní například tehdy, když zdravotnický personál nerozliší, že některými svými výroky a postupy vyvolává u klienta pocit ponížení, apod. Zraňující například mohou být poznámky o pacientově věku, tělesné konstituci nebo tmavší pleti.

Další věcí, kterou je třeba mít na paměti, je fakt, že lidé různých kultur různě reagují na somatickou a emoční bolest – mohou ji hlasitě dávat najevo nebo naopak přecházet bez povšimnutí (například ve vietnamské kultuře) aj. Jedním z východisek tohoto přiměřeného hodnocení bolesti z pozice sestry je znalost *biokulturalizmu* - tedy toho, jak fyzikální a biokulturní faktory ovlivňují reakce různých klientů na nepříjemné pocity, tělesná postižení, apod. Existují dokonce kulturně vázaná onemocnění a kulturně - geograficky podmíněné stavy zdraví (kuru, amok...).



K ZAPAMATOVÁNÍ 5



Kulturní šok vzniká například v souvislosti s přistěhovalectvím (imigrací) a uprchlictvím. Hovoříme o něm v souvislosti s lidmi, kteří jsou dezorientováni v cizím prostředí, a obtížně hledají způsoby, jak přiměřeně reagovat při kontaktu s příslušníky jiných kultur.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 8



Uveďte vlastní příklad, kdy jedinec může prožívat kulturní šok.

Uveďte vlastní příklad kulturního vynucování při poskytování ošetrovatelské péče.

Uveďte vlastní příklad, kdy klient může pociťovat kulturní bolest.

Uveďte vlastní příklad, kdy se v jednání sestry může projevovat kulturní slepota.

2.1.5 Kulturní diverzita, univerzálie a příbuzné pojmy

Kulturní diverzita označuje rozmanitost kulturních skupin a rozdíly mezi nimi, které se týkají životního stylu, jazyka, hodnot, norem a dalších aspektů. Povědomí o kulturní diverzitě pomáhá sestřám poskytovat kulturně-specifickou péči.

Naproti tomu *kulturní univerzálie* znamenají to, co je všem lidským bytostem společné; všeobecnou podstatu člověka nebo skupiny předmětů a jevů. Přísně (kvantitativně a statisticky) vzato však stoprocentní univerzálie neexistují.

I u sester se někdy vyskytují náznaky rasově determinovaných předsudků (přičemž výraz *rasa* se v populárním užití zplošťuje na barvu pleti, tedy fenotypický vzhled, bez zřetele ke genetickým a kulturním kořenům). Transkulturní sestry se učí problémy diskriminace a předsudků účinně řešit. Učí se také vyhnout myšlenkovým stereotypům nepružného „škatulkování“ a raději si osvojí hlubší pochopení a znalost odpovědi na otázku PROČ (klient takto myslí, jedná, apod.).

Předsudky definujeme jako soustavu předpojatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupinu nebo kulturu. Přitom tyto myšlenky, představy a názory nežádoucím způsobem zužují a zkreslují vidění těchto osob a celé situace.

Dalším neopominutelným jevem v transkulturním ošetrovatelství je kulturní *zpětný ráz*. Jedná se o situaci, kdy sestra, která pomáhá v zahraničí nebo tam pobývá na stáži, dostává negativní zpětnou vazbu za svou péči. Často tomu lze předejít proškolením sester v dovednostech transkulturního ošetrovatelství, aby pak v zahraničí odváděly opravdu citlivou práci, zohledňující místní poměry.

Při práci v jiných zemích se objevuje i další zvláštní fenomén – *kulturně podmíněná nadměrná citová zainteresovanost*. Při ní je sestra natolik pohlcena stavem ošetrovaných (bídou, apod.), že sama ztrácí síly poskytovat účinnou péči.

Pět hlavních interakcí v kulturních modelech:

1. *Krátký kontakt* s jinou kulturou – během konferencí, apod. Často nestačí k plnohodnotnému pochopení dotyčné kultury. Nečiní člověka expertem na otázky daného kulturního prostředí.
2. *Enkulturační*, tzn. včlenění se do dané kultury – spočívá v plném poznání a osvojení si hod-

not té či oné kultury. Tak například prochází enkulturací dítě při výchově v rodině. O enkulturaci hovoříme i u studentek ošetrovatelských oborů, které plně pronikají do rolí a struktur své profese, „ošetrovatelské kultury“.

3. *Akultura* – proces přejímání mnoha (ale obvykle ne všech) rysů kultury B jednotlivcem nebo skupinou kultury A.
4. *Socializace* – jde o proces společenského začleňování; znamená naučit se běžnému pracovnímu a jinému fungování v rámci větší společnosti nebo v rámci určité země.
5. *Asimilace* – obvykle označuje proces cíleného a selektivního přizpůsobení; nedosahuje míry akultura a zůstává spíše u jednotlivostí.



K ZAPAMATOVÁNÍ 6



Předsudky definujeme jako soustavu předpojatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupinu nebo kulturu. Přitom tyto myšlenky, představy a názory nežádoucím způsobem zužují a zkreslují vidění těchto osob a celé situace.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 9



Uveďte vlastní příklad kulturní diverzity srovnáním dvou kultur.

Uveďte vlastní příklad asimilace např. u cizince žijícího na území ČR, kterého znáte.

2.2 Kultura a související pojmy

Kultura jako komplexní celek zahrnuje etické a náboženské hodnoty, právní normy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které si člověk jako příslušník společnosti osvojil učením. Jde o propracované, sdílené a předávané chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení určité skupiny lidí. Toto chápání přechází z generace na generaci a ovlivňuje myšlení, rozhodování a jednání člověka.

Pojem *kultura* má řadu různých aspektů:

1. Normy, ideály a vidění světa nabyté v kulturním prostředí dávají jednotlivcům, kteří se jimi řídí, pocit bezpečí, sounáležitosti a řádu. Kulturní hodnoty se často řídí nadosobními symboly a odlišují se od biologicky a geneticky předaného dědictví. Znamenají rovněž určitý závazek a odpovědnost.

2. Kulty se vyznačují zjevnými i nepozorovanými pravidly chování a lidskými očekáváními.
3. Kulty vytvářejí hmatatelné jednotící symboly – například styl oděvu, a na druhé straně i nemateriální vyjádření své svébytnosti – zvláštní slovní pojmenování, gesta, představy.
4. Kulty mají tradiční obřadní praktiky, stravovací rituály atd. Podobně lékaři mají například svůj rituál pravidelných velkých vizit.
5. Na kulturu lze nahlížet z hlediska jejího příslušníka i „zevnitř“ – to označujeme jako „*emic-ky*“ pohled. Ten vyžaduje značnou sdíllost a pochopení, neboť ne vždy je pro člověka z dané kultury snadné se o něm svěřovat. Druhý, rovněž nezanedbatelný, je pohled „*etický*“, tj. z vnějšku (vně dané kultury).
6. Kulty se vyznačují vnitřní (intrakulturní) variabilitostí i variabilitostí ve vzájemném (extrakulturním) srovnání. Rozpoznání a zohlednění individuálních i skupinových rozdílů pomáhá zdravotníkům zbavit se stereotypů a nepružného přístupu k ošetřovaným.

S kulturou úzce souvisí *subkultura* – dílčí skupina osob v rámci dominantní kultury, která se zřetelněji odlišuje svými normami a způsobem života.

Kulturní hodnoty představují silné vnitřní a vnější orientující síly. Které formují a uspořádávají myšlení, rozhodování a jednání jednotlivce nebo skupiny.

Pro sestry představují vlastní i klientovy kulturní hodnoty vodítka v ošetrovatelské činnosti. Pořadí priorit může být jiné u osob pocházejících ze západních a z východních kultur. S tím by zdravotníci měli být srozuměni a brát ohled na to, že východní oblasti jsou zdrženlivé vůči západnímu nadšení pro technologický rozmach a růst výkonnosti.

K ZAPAMATOVÁNÍ 7



Kultura jako komplexní celek zahrnuje etické a náboženské hodnoty, právní normy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které si člověk jako příslušník společnosti osvojil učením. Jde o propracované, sdílené a předávané chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení určité skupiny lidí. Toto chápání přechází z generace na generaci a ovlivňuje myšlení, rozhodování a jednání člověka.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 10



Podle uvedených aspektů v textu uveďte vlastní příklad kultury, která je vám blízká.

2.2.1 Etnikum, etnická skupina, etnicita, etnocentrismus

Od pojmu *kultura* je vhodné odlišit pojem *etnikum*. Tento pojem obvykle odkazuje na barvu pleti a národní dědictví. *Kultura* na rozdíl od tohoto představuje komplexnější, holistický náhled, který zahrnuje navíc získané životní hodnoty, postoje, atd.

Etnikum v západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Tímto pojmem se také často označuje národ, národnost, národnostní menšina, což je nepřesné protože ne všichni příslušníci jednoho etnika jsou příslušníky stejného národa.

Etnická skupina je společenství, v němž je účast téměř vždy dána zrozením a jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy. Mezi ně patří především rysy jazykové, kulturní, náboženské, dále barva pokožky, národní a geografický původ předků, apod. Etnická skupina je společenství lidí, kteří udržují a šíří exkluzivní kulturní a sociální dědictví z generace na generaci.

Etnicita je souhrn vlastností či znaků vymezujících etnikum a je úzce spojena s prvky příslušné kultury. Jde o 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.

Etnocentrismus, je přesvědčení, že vlastní osobní založení je tím nejkvalitnějším či nejpříjemnějším v celém výběru životních cest. Etnocentrismus může být problémový pouze tehdy, pokud (v případě sestry) udržuje neopodstatněné rigidní stereotypy v péči a neusiluje o poznání a pochopení zvyků jiných kultur. Povědomí o jiných kulturách pomáhá sestře „vcítit se do klientů“ z odlišných prostředí – pak se kupříkladu nepozastaví nad tím, že někteří klienti vyhledávají jako pochoutku pokrmy z hmyzu, vačíc, apod.



ZAPAMATOVÁNÍ 8



Od pojmu kultura je vhodné odlišit pojem *etnikum*. Tento pojem obvykle odkazuje na barvu pleti a národní dědictví. Kultura na rozdíl o tohoto představuje komplexnější, holistický náhled, který zahrnuje navíc získané životní hodnoty, postoje, atd.

Etnikum v západoevropské tradici znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí s rysy jazykovými, kulturními, náboženskými, dále s barvou pokožky, národním a geografickým původem předků, apod.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 11



Uveďte vlastní příklad projevu etnocentrismu v chování sestry při poskytování péče.

Uveďte vlastní příklad etnika, etnické skupiny ze svého okolí.

2.2.2 Národ, národnost, národnostní menšina

Termín národ označuje celou řadu vzájemně historicky, kulturně, ekonomicky a sociálně diferencovaných sociálních jevů, z čehož vyplývá i značná nejednotnost vymezení.

Národ je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. Národy jsou identifikovány třemi typy kritérií: kulturou (spisovný jazyk, náboženství, dějinná zkušenost); politickou existencí (vlastní stát nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním státě); vědomím (své příslušnosti k určitému národu). Silné národní uvědomění je v souladu s vlastenectvím. Vyhraněná podoba vlastenectví, kdy dochází ke střetu s jinými národy se nazývá *nacionalismus*.

Národnost je obvykle chápána jako příslušnost k určitému národu nebo etniku. Podle OSN národnost znamená příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou, případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, které ji odlišují od ostatní populace. Národnost jako příslušnost k určitému národu je v současném světě chápána ve dvojím smyslu *etnickém* (společný jazyk, historie, tradice, zvyky, území, národní hospodářství) a *politickém* (státní příslušnost).

Národnostní menšiny - tento výraz je užíván k tomu, aby bylo možno pod jeden stručný termín zařadit všechny typy a kategorie malých etnik, která nemají vlastní národní stát. Jde o sociální skupiny, kterou jsou podřízenou částí států, mají zvláštní fyzické nebo kulturní rysy, které jsou dominantní a vnímány vládoucí společností, vyznačují se sebeuvědoměním, vnitřní soudržností; členy skupiny spojují osobité rysy, které mohou přinášet společenské znevýhodnění. Členství v menšině se přenáší dědičností, příslušníci menšin mají tendenci uzavírat manželství uvnitř skupin, (ať už dobrovolně nebo z nedostatku jiných příležitostí pro nevraživost dominantní skupiny)



SAMOSTATNÝ ÚKOL 12



Na základě uvedených charakteristik uveďte vlastní příklady k vysvětlení pojmů národ, národnost, národnostní menšiny.

2.2.3 Stereotypy, předsudky, xenofobie, diskriminace

Jednou ze zvláštností multikulturní a multietnické reality světa je to, že v ní hrají významnou roli předsudky a stereotypy.

Stereotypy jsou mínění o třídách individuí, skupinách nebo objektech, která jsou v podstatě šablonovitě způsoby vnímání a posuzování toho, k čemu se vztahují; nejsou produktem přímé zkušenosti individua, jsou přebírány a udržují se tradicí. Zjednodušeně lze stereotypy charakterizovat jako nespolehlivé a zjednodušené mínění o všech členech skupiny, jež nerozlišují indivi-

duální rozdíly uvnitř skupiny.

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. Mezi faktory, které ovlivňují předsudky, je počítána především: rodina, výchova, psychické potřeby, sociální status.

Z předsudků může vycházet strach z cizího či neznámého, který umocňuje napětí jednotlivce a posléze i skupiny. Tento pocit je nazýván *xenofobie* a je spojen s posuzováním jiných na základě tradice své etnické či národnostní skupiny. Na *xenofobii* (osobním pocitu či postoji) mohou vyrůstat nenávistné ideologie, jako je rasismus, šovinismus, nacionalismus, fašismus, apod. *Xenofobie* vzrůstá, když se sociální skupiny ocitají v sociální, ekonomické či politické krizi. Cizí, tudíž subjektivně prožívané jako nebezpečné, se stává obětním beránkem jakožto „snadno definovatelný“ původce nesnází.

Také mezi *předsudky* a *diskriminací* existuje vztah. *Diskriminace* znamená věcné rozlišování, jež znevýhodňuje jednu skupinu vůči druhé. Projevuje se faktickým jednáním. Jde o proces odpírání příznivých příležitostí (buď odlišné zacházení nebo úplné vyloučení) určité skupině či jednotlivcům odlišných etnických, kulturních nebo rasových atributů. Diskriminace nemusí být pouze negativní, ale i pozitivní.

Pozitivní diskriminace je nazývána také jako *afirmativní akce* a znamená kladné úsilí, které podporuje členy menšinové skupiny a hájí jejich zájmy.

K ZAPAMATOVÁNÍ 9



Stereotypy jsou mínění o třídách individuů, 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.

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.

Xenofobie je strach z cizího nebo neznámého, který umocňuje napětí, a je spojen s posuzováním jiných na základě tradice své etnické či národnostní skupiny.

Diskriminace znamená věcné rozlišování, jež znevýhodňuje jednu skupinu vůči druhé.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 13



Uveďte vlastní příklady stereotypů, předsudků, xenofobie a diskriminace, jež se mohou projevat v chování jedinců nebo skupin u nás nebo ve světě.

2.2.4 Minorita, dominantní skupina, marginalita, segregace

Pod pojmem *minorita* neboli menšina rozumíme jakoukoli skupinu lidí definovanou nějakým sociologicky významným společenským znakem např. *náboženská menšina, národnostní komunita, jazyková skupina, rasová skupina, apod.*, která se početně nemůže rovnat jiné skupině, tvořící v dané společnosti většinu.

Minorita/minoritní skupina se chová odlišným a nerovným způsobem a je vyčleněna od ostatních příslušníků společnosti. Příslušníci minoritní skupiny mají výrazně méně kontroly nebo moci nad svými vlastními životy než dominantní skupina. Důležitým znakem minorit je, že jsou si vědomy jistého sociálního znevýhodnění. Nejdůležitější charakteristikou menšiny jsou skupinové vazby, pravidla a společenské zvyklosti.

Dominantní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránců a držitelů hodnotového systému společnosti a je prvním „udělovačem“ odměn ve společnosti.

Marginalita znamená okrajovost, exkluzivnost, vyloučenost – opak majority. Často se stává, že minorita je skupinou marginální. Vyločením či životem na okraji společnosti vznikají zmrzačené sociální skupiny, které jsou uzavřené a vytvářejí si uvnitř skupiny negativní strategie přežití. Výsledkem je často pauperizace těchto skupin (výrazné chudnutí v důsledku nezaměstnanosti a malých životních šancí). Pojem marginalizace by měl vystihnout vykořeněnost a sociální bezbrannost těch, které chudoba vytlačuje na okraj společnosti.

Pojem *segregace* se používá na označení fyzického oddělení dvou skupin, které je často menšinové skupině vnucené dominantní skupinou.



K ZAPAMATOVÁNÍ 10



Minorita (menšina)/minoritní skupina pod tímto pojmem rozumíme jakoukoli skupinu lidí definovanou nějakým sociologicky významným společenským znakem např. *náboženská menšina, národnostní komunita, jazyková skupina, rasová skupina, apod.*, která se početně nemůže rovnat jiné skupině, tvořící v dané společnosti většinu.

Dominantní skupinou rozumíme sdružení uprostřed společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránců a držitelů hodnotového systému společnosti a je prvním „udělovačem“ odměn ve společnosti.

Marginalita znamená okrajovost, exkluzivnost, vyloučenost – opak majority. Často se stává, že minorita je skupinou marginální.

Pojem *segregace* se používá na označení fyzického oddělení dvou skupin, které je často menší-nové skupině vnucené dominantní skupinou.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 14



Uveďte ze světa příklady dominantní skupiny, minoritních skupin, marginálních skupin a segregace, o kterých se často hovoří.

2.2.5 Rasy, rasismus, rasová diskriminace a násilí

Pojem *rasa* je antropologický termín, který v dnešním slova smyslu roce 1684 použil francouzský antropolog Francois Bernier při klasifikaci plemen. Historicky se pojem vyvíjel v souvislosti s rozvojem anatomie, kdy věda objevovala a upřesňovala, že lidský rod (*homo sapiens*) není jednotný, nýbrž se odlišuje určitými anatomickými znaky, jako je barva kůže, vlasů, a očí, tvarem lebky a obličejem, výškou a tělesnými proporcemi. Vznikla antropologická teorie lidských ras či plemen a k jejímu rozvoji přispěl i český antropolog Aleš Hrdlička (1869 – 1943).

Rasa z pohledu biologického jsou lidé, kteří sdílejí genetické dědictví, projevující se jako odlišné fyzické (somatické) rysy. V současné době se nejčastěji rozlišují tři hlavní rasy:



1. *bílé plemeno euroasijské* (rozšířené v Evropě, Malé a Přední Asii, na Kavkaze a v severozápadní Indii);



2. *žlutohnědé plemeno asijsko-americké* (zajímající většinu asijské pevniny a ostrovy v jihovýchodní Asii; sem patří i původní obyvatelé Ameriky);



3. *černé plemeno negroidní* (rozšířené v Africe na jih od Sahary a zahrnující i některé malé negroidní skupiny v jihovýchodní Asii).

Čisté rasy už téměř neexistují, protože v průběhu dějin docházelo a dochází ke stále intenzivnějším míšení ras. Také v Evropě přibývá míšenců různých ras.

Rasa z pohledu sociologického je skupina lidí, kteří pokládají sami sebe za odlišné vzhledem k charakteristikám, o nichž předpokládají, že jsou vrozené a biologicky zděděné, a stejně tak jsou posuzováni jinými lidmi. Rasové skupiny jsou založeny na rozdílech fyzických, etnické skupiny jsou založeny na rozdílech kulturních.

Rasismus je ideologií, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivců jsou nutně spojeny s viditelnými fyzickými rysy, a že se nikdy nemohou změnit. Rasistické postoje vychází z etnocentrismu. Lidstvo se podle nich dělí do přesně vymezených ras, některé jsou přirozeně lepší a některé horší. Podřadná rasa musí navždy zůstat podřadnou. *Genocidou* se potom rozumí krajní projev rasismu, který se projevuje snahou skupinu úplně vyhubit. Základem rasových teorií a rasistických doktrín je zpravidla teze o fyzické a psychické nerovnosti, nerovnocennosti lidských ras, případně o závislosti dějin lidské společnosti kultury na rozdílech mezi rasami a národy. Rasismus byl vždy teoretickou základnou k násilnému ovládnutí jedněch národů a států druhými a také důvodem k vyhlášení válek.

Rasová diskriminace je produktem rasismu. Jde o proces odlišování, vnímání rozdílů a také o výsledky tohoto procesu. Jedná se zejména o neoprávněné rozlišování jedinců nebo skupin na základě jejich příslušnosti k určité biologické (rasové) či sociální (profesní, politické, náboženské) 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.

Rasové násilí pod tímto termínem rozumíme násilné chování (ve smyslu fyzického násilí) s rasovým motivem, jehož objektem jsou příslušníci rasově odlišné skupiny. V případě rasového násilí je podstatné, že „oběť nemá tvář“, útočník napadá odlišnou rasu a konkrétní oběť je kdokoli z této skupiny. Rasově násilné chování je vymezeno jako zabití, ublížení na zdraví, způsobení škody velkého rozsahu, užití různých druhů násilí, genocidium, pogromy, apod.

K ZAPAMATOVÁNÍ 11



Rasa z pohledu biologického jsou lidé, kteří sdílejí genetické dědictví, projevující se jako odlišné fyzické (somatické) rysy.

Rasa z pohledu sociologického je skupina lidí, kteří pokládají sami sebe za odlišné vzhledem k charakteristikám, o nichž předpokládají, že jsou vrozené a biologicky zděděné, a stejně tak jsou posuzováni jinými lidmi.

Rasismus je ideologií, která tvrdí, že psychologické kvality jednotlivců jsou nutně spojeny s viditelnými fyzickými rysy, a že se nikdy nemohou změnit. Rasistické postoje vychází z etnocentrismu.

Rasová diskriminace je neoprávněné rozlišování jedinců nebo skupin na základě jejich příslušnosti k určité biologické (rasové) či sociální (profesní, politické, náboženské) kategorii a znevýhodňování jedněch oproti druhým.

Rasové násilí je násilné chování (ve smyslu fyzického násilí) s rasovým motivem, jehož objektem jsou příslušníci rasově odlišné skupiny.

Genocidou se rozumí krajní projev rasismu, který se projevuje snahou skupinu úplně vyhubit.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 15



Vyjmenujte tři hlavní lidské rasy a jejich zeměpisné rozšíření.

KONTROLNÍ OTÁZKA 5



Proč na světě dochází k míšení ras stále rychleji ?

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 1



Proč dochází k rasovému násilí, a co by se mělo udělat pro zabránění tomuto násilnému chování.

2.2.6 Multikulturní a transkulturní přístupy – respekt k odlišnosti

Opakem diskriminujících, či dokonce rasistických postojů vycházejících z etnocentrismu jsou *přístupy multikulturní/transkulturní* respektující odlišnou národnost, kulturu, rasu, etnikum i náboženství. Jejich základem je teorie kulturního relativismu a v podstatě láska k bližnímu. Mají-li všechny kultury a formy života vnitřní hodnotu a jsou-li posvátné, jak se tvrdí, pak mají z náboženského hlediska také rovnou hodnotu. Křesťanský mystik ze 14. století mistr Eckhart prohlásil, že Bůh miluje všechny stvořené bytosti ve stejné míře a naplňuje je svým bytím.

Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Volání po uznání rovné hodnoty rozdílných kultur je výrazem základní a hluboké univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí, který tvoří podstatnou součást silného pocitu identity. Vytváření identity jedince je úzce spojeno pozitivním sociálním uznáním. Každá liberálně demokratická politika by měla klást důraz na vytvoření inkluzivního a udržitelného sociálního prostředí, které respektuje všechny národy v jejich kulturní rozmanitosti tím, že jim dává pocit příslušnosti

k širšímu společenství.

Diskuse o *multikulturalismu* často přehlížely význam jazyka. Demokratizace vlády a moci vyžaduje jazykovou homogenitu. Pro demokratické politické společenství, založené na masové komunikaci, veřejném mínění a parlamentní diskusi, je totiž komunikační jazyk vším. Skupinám, jež nemluví státními jazyky zbývají jen dvě možnosti: buď splynout s většinovým „státním“ národem nebo se státním národem stát. Pokud je ovšem jádrem každé kultury jazyk, potom *multikulturalismus* nevede k rovnoprávnému soužití. Neporozumění „státnímu jazyku“ cizince z obecné komunikace skutečně vylučuje a prohlubuje jejich izolovanost.

Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální i ekonomickou integraci migrantů a jejich aktivní podíl na řešení problémů v oblasti sociální, ekonomické a politické. Těmto tendencím pak lépe vyhovuje svým významem koncepce *transkulturalismu*. Pro koncept transkulturalismu je totiž příznačné, že staví do centra pozornosti nikoli kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami.

V souvislosti s ubývááním obyvatelstva a stárnutím populace v rozvinutých zemích i v České republice se stále hovoří o nutnosti ve zvýšené míře přijímat imigranty, kteří přinášejí zcela odlišné hodnoty. Migrace obyvatelstva je základní způsob existence a přežití lidstva. Zatímco dříve trvala celá staletí, dnes se zrychlila na pouhé hodiny. Přijímající země by si proto měly pokládat otázky typu: Jsou životní priority imigrantů skutečně tak výrazně odlišné? Jak a zda vůbec přijímají imigranti z jiného kulturního prostředí hodnoty hostitelské země?

K ZAPAMATOVÁNÍ 12



Multikulturní/transkulturní přístupy respektují odlišnou národnost, kulturu, rasu, etnikum i náboženství. Jejich základem je teorie kulturního relativismu a v podstatě láska k bližnímu. Jsou opakem diskriminujících, či dokonce rasistických postojů vycházejících z etnocentrismu.

Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur.

I když pojem transkulturalismus je většinou považován za synonymum multikulturalismu, pro koncept *transkulturalismu* je příznačné, že staví do centra pozornosti nikoli kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami.

Moderní pluralitní společnosti potřebují sociální i ekonomickou integraci migrantů a jejich aktivní podíl na řešení problémů v oblasti sociální, ekonomické a politické.

Migrace obyvatelstva je základní způsob existence a přežití lidstva.

V souvislosti s ubývááním obyvatelstva a stárnutím populace v rozvinutých zemích i v České republice se stále hovoří o nutnosti ve zvýšené míře přijímat imigranty, kteří přinášejí zcela odlišné hodnoty.



KONTROLNÍ OTÁZKA 6

Proč přijímají vyspělé země migranty ?

SHRNUTÍ KAPITOLY ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

Tato kapitola seznamuje se základními pojmy užívanými v souvislosti s transkulturním ošetřovatelstvím.

Shrnutí kapitoly

Obsah pojmů je nutné pozorně vnímat a podle potřeby se k nim vracet, protože se často prolínají.

Vysvětlení pojmů vychází z terminologie kulturní antropologie, etnologie, sociální práce, pedagogiky a sociologie;

DALŠÍ ZDROJE

Klíčová slova. *In: Kolektiv: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství. Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s.110 - 116*



3 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY KAPITOLY TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast teorie a praxe zdravotnictví, soustředěná na srovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně specifickou a univerzálně praktickou péči pro podporu zdraví a k prospěchu lidí, pomáhat jim čelit nepříznivým podmínkám, chorobám nebo umírání kulturně vhodným způsobem.

Transkulturní ošetřovatelství klade důraz na komparativní (srovnávací) studium, s cílem nalézt zvláštnosti i společné rysy různých kultur ve vztahu ke zdraví. Směřuje k péči „šité na míru“ a k péči kongruentní, tj. takové, jež je v souladu s osobností a kulturou klienta.

Transkulturní ošetřovatelství představuje legitimní, nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu, jejímž smyslem je uspokojit lidské potřeby tak citlivě, aby klient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pocíťovat nespokojenost.

Účinná pomoc klientům různých kultur ve zdravotní péči vyžaduje dobrou připravenost sester.

Multikulturní přístup se stává novou normou pro kompetentní ošetřovatelskou práci.

**Rychlý
náhled**

CÍLE KAPITOLY TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Po úspěšném a aktivním absolvování této KAPITOLY

Budete umět:

- vysvětlit význam kulturně specifické péče
- definovat transkulturní ošetřovatelství
- vyjmenovat faktory a trendy ovlivňující rozvoj transkulturního ošetřovatelství

**Budete
umět**

Získáte:

- stručný přehled o vývoji transkulturního ošetřovatelství
- poznatky o kulturních faktorech ovlivňujících chování v péči o zdraví
- poznatky o kulturně lidových medicínských postupech
- poznatky o etických aspektech transkulturního ošetřovatelství

Získáte

Budete schopni:

- porozumět kulturním hodnotám a jejich vztahu ke zdravotnickým postupům
- pochopit a vhodně rozlišit známé principy lidové léčby a péče
- uvědomit si důsledky lidových postupů pro ošetřovatelskou péči

**Budete
schopni**

- respektovat právo klientů na jejich kulturní odlišnost

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Studium této kapitoly bude vyžadovat 10 – 12 hod času.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Transkulturní ošetřovatelství, kultura, kulturně specifická péče, unikulturní praxe, kulturní variabilita, operativní znalost kultury, rozmanitost/diverzita,

Klíčová slova



3.1 Kultura a kulturně specifická péče

Vlivem migrace a rychlých elektronických komunikačních prostředků lidé stále častěji přicházejí do kontaktu s velkým množstvím rozmanitě kulturně profilovaných lidí, a to ve velmi krátkém čase. Nicméně znalost různých kultur a porozumění pro ně jsou stále nedostačující.

Studovat kulturu je stejně důležité jako studovat fyziologii srdce a svalů v těle, vždyť je to mimo jiné i ona, která zásadně ovlivňuje životní fungování člověka v každodenním světě, světě nesmírné rozmanitosti (diverzity).

Kultura představuje soubor naučených, osvojených a sdílených přesvědčení, postojů, hodnot a životních zvyklostí, typických pro určitou skupinu lidí a předává se mezi generacemi. Kultura ovlivňuje vzorce chování a myšlení, je to složitá struktura formující poznávání světa a života v něm. Kulturu nelze upřít i jistou hodnotu prediktivní, tzn., že pomáhá předem odhadnout, jak kdo bude v dané situaci reagovat. Ke kultuře patří rovněž řada obřadních tradičních zvyklostí a kodex etického rozhodování.

Kultura není statická a neměnná, ale rozvíjí a mění se dynamicky s časem a v průběhu historie. V referenčním rámci daného období pak zkoumáme zvyky spojené např. s porodem a narozením, způsobem života, vstupem do manželství, péčí o zdraví a přístupem k nemoci, a způsoby komunikace.

Od padesátých let 20. století, kdy se zformoval obor transkulturního ošetřovatelství, sestry

při poskytování přímé péče stále více zjišťovaly a zjišťují, že způsobilost k různým kulturně formovaným variantám péče je výsostně důležitá, a že si postupně nachází své místo i v dalších oblastech – v medicíně, farmacii, fyzioterapii, sociální práci, aj.

Unikulturní praxe se postupně mění v multikulturní, a povrchní znalost kultur, založená na krátkých návštěvách turistů nebo předpojatých představách, je nahrazována hlubším pochopením a oborovým studiem. Multikulturní přístup se stává novým vzorcem či normou pro kompetentní ošetrovatelskou práci.

Transkulturní ošetrovatelství je konkrétní odbornou službou pro lidi různých kulturních profilů. Taková služba by nejen neměla ubližovat, ale měla by přinášet hmatatelně kladné účinky, a to s úctou ke kultuře, z níž klient pochází.

Na počátku šedesátých let vznikl termín *kulturně specifická péče*. Označuje péči „šitou na míru“, uzpůsobenou potřebám dané kultury. To zahrnuje mimo jiné zajištění pro pacienta přijatelné stravy, spánkového režimu, léčebných procedur, ošetrovatelských postupů, apod. Tento způsob péče přináší lepší spolupráci ze strany klienta/pacienta a často i urychluje uzdravení.

Ke kulturně specifické péči patří v první linii kulturní diagnostika, zhodnocení východisek a cílů klienta. Spolupráce založená na důvěře a úctě obou stran dovoluje takto poznat i mnohá „kulturní tajemství“ tedy skryté (implicitní) vzorce. To je důležité i pro sestry na výměnných pobytech, charitativních misích, apod.

K ZAPAMATOVÁNÍ 13



Termín *kulturně specifická péče* vznikl na počátku šedesátých let 20. století. Označuje péči „šitou na míru“, uzpůsobenou potřebám dané kultury.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 16



Vysvětlete proč se unikulturní praxe ošetrovatelství mění v transkulturní – kulturně specifickou péči.

Zdůvodněte proč je u sester znalost různých kultur a porozumění pro ně stále nedostačující.

3.1.1 Definice a cíle transkulturního ošetrovatelství

DEFINICE 3-1



Transkulturní ošetrovatelství je (komparativní) praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci.

Cíle transkulturního ošetrovatelství:

1. Zajištění kompetentní a kulturně přizpůsobené péče, a to především v obtížných životních situacích.
2. Výchova nové generace sester, vybavených patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením.

Transkulturní ošetrovatelství klade důraz na holistickou filozofii, která ve svém důsledku znamená plnější a hodnotnější chápání života člověka. Kulturní jevy jako jazyk, umění, historie, spiritualita či příbuzenské vztahy patří k holistickému (celostnímu) pojetí člověka.

Významným rysem definice transkulturního ošetrovatelství je *komparativní* povaha tohoto oboru - důraz na srovnávání, na vyhledávání rozmanitostí a podobností, které se vyskytují v léčbě, v péči o dobrou kondici, v symptomech rozvoje onemocnění, i ve vyrovnávání se se ztrátou a smrtí.

Komparativní studium lze provádět na úrovni jednotlivců, rodin, skupin a seskupení, institucí i komunit. Příkladem komparativního pozorování může být například to, že si sestra všimá, jak odlišně reagují na bolest děti různého původu: např. děti z ruského prostředí reagují obvykle tiše, vyrovnaně a zdrženlivě; děti z anglosaského prostředí se častěji hlasitě dožadují úlevy od bolesti. Této mnohotvárnosti rysů a reakcí říkáme *kulturní variabilita*.

Povrchní nahlížení na lidi z různých kulturních zázemí opomíjí takovéto komparativní znaky, jako je rozdílný význam a užití gest, symbolů, využití a vymezení osobního prostoru, apod. Přitom objevování těchto mnohotvárností je fascinující zkušeností.

Rozhodování a konání sester by mělo být založeno na jakési *operativní znalosti kultury*, která pohotově brání neúčinnému či dokonce zraňujícímu chování.

K ZAPAMATOVÁNÍ 14



Transkulturní ošetrovatelství je (komparativní) praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, a to s cílem poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci.

Významným rysem definice transkulturního ošetrovatelství je *komparativní* povaha tohoto oboru - důraz na srovnávání, na vyhledávání rozmanitostí a podobností, které se vyskytují v léčbě, v péči o dobrou kondici, v symptomech rozvoje onemocnění, i ve vyrovnávání se se ztrátou a

smrtí.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 17



Na vlastním příkladu vysvětlíte, co znamená komparativní povaha oboru transkulturního ošetřovatelství.

Na vlastním příkladu vysvětlíte význam pojmu kulturní variabilita.

3.1.2 Faktory a trendy ovlivňující transkulturní ošetřovatelství

Rozvoj transkulturního ošetřovatelství v celosvětovém měřítku ovlivňují tyto faktory:

1. Trvalý vzestup populační migrace;
2. Kulturní fluktuace a míšení;
3. Nárůst kulturního vědomí klientů;
4. Rozšíření elektronické komunikace a tím i sblížení v prostoru světa, zavádění moderní zdravotnické techniky;
5. Výskyt kulturních střetů, které poškozují zdraví a životy lidí;
6. Větší pohyb lékařů a sester po různých územích;
7. Nárůst počtu právních kroků, které podnikají klienti na obhajobu svých kulturních práv;
8. Zájem o lidská práva, včetně práva na adekvátní péči;
9. Střety „*kultury života*“ (podpora zestárlých, péče o děti) s „*kulturou smrti*“ (eutanázie, potraty);
10. Posun od péče soustředěné do nemocnic k péči v přirozených komunitách (včetně bezdomovců);
11. Přiklání se ke komplementární/alternativní zdravotní péči, včetně domorodých praktik;
12. Zvyšování požadavků kulturních menšin na adekvátní péči;
13. Prohlubování rozdílů mezi kulturou chudých a bohatých;
14. Výskyt násilí, jenž často vychází z hněvu nad sociálním útlakem nebo nespravedlností;
15. Širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě se smysluplně dorozumět;

K některým výše uvedeným faktorům a trendům je možné poznamenat několik dalších postřehů:

ad 1) *Populační migrace* vzrostla především po 2. světové válce, a to v souvislosti s chudobou, válkami, hladem, pronásledováním, přírodními katastrofami, ale i touhou po uchopení nových možností a profesní kariéry.

ad 2) *Stěhování obyvatel* z Kambodži, Vietnamu, Karibské oblasti a dalších oblastí znamenalo výzvu pro lékaře i sestry ve vzdálených zemích, kteří se zhostili úkolu pomáhat uprchlíkům.

ad 3) S nárůstem *kulturního vědomí* klientů přijímajících zdravotní péči vzniklo očekávání, že sestry a lékaři jsou morálně a profesně zavázáni přizpůsobit svou péči klientově kultuře. Tento společenský imperativ žádá od personálu znalost různých forem kulturní identity.

ad 4) *Zavádění vyspělých technologií* do diagnostiky, léčby a péče se setkává s různými reakcemi ze strany klientů jednotlivých kultur. Lidé ze zemí, kde se nepoužívá moderní zdravotnická technika, někdy zažívají *kulturní šok* při prvním setkání s ní. Zobrazovací metody a použití různých typů záření znamenají také pro některé pacienty důvod k obavám.

ad 6) *Pohyb zdravotnického personálu* po celé planetě žádá, aby získali transkulturních poznatky ještě před vycestováním. Důležitou roli hraje jazyková vybavenost, včetně terminologie. Je též potřeba znát východiska a hlubší pozadí klientových přesvědčení, a to u národnostních i konfesijních skupin.

ad 7) *Žaloby* směřované na adresu sester pro urážky, zanedbání kulturních ohledů, pro přehlížení kulturních odlišností a pro vnucování vlastních postojů naznačují, že *kulturní křivdy* bude nutné dále a dále zmírňovat. Žaloby rovněž svědčí o potřebě seznámit sestry s pojetím spravedlnosti v různých zemích, komunitách a kulturách – tedy o potřebě aplikace multikulturního rozhledu.

ad 8) *Potřebu orientace ve světě kultur* zesiluje rovněž různá role mužů a žen v různých společnostech a přihlídnutí k právům dítěte i právu rodičů o něm rozhodovat.

Rozvoj transkulturního ošetřovatelství je celosvětový. Směřuje ke komunitní a domácí péči, v níž zdravotník jako poskytovatel péče a příjemce péče (i jeho rodina) budou rovnocennými partnery a spolupracovníky.

Ošetřovatelství pravděpodobně získá celosvětový charakter a opustí své provinční omezení, což může vést k vypracování zcela nových metod, které budou univerzálně přenositelné napříč kulturami. Vědomí této celosvětové perspektivy pomáhá sestrám naučit se operativně pracovat v různých lokalitách v klinické praxi, výzkumu i vzdělávání. Snaha nahlížet na ošetřovatelskou profesi takto komplexně vede k efektivnějšímu vykonávání profesních činností a k důkladnějšímu pochopení potřeb různých klientů.

K ZAPAMATOVÁNÍ 15



Faktory, které v celosvětovém měřítku ovlivňují rozvoj transkulturního ošetřovatelství:

1. Trvalý vzestup populační migrace;
2. Kulturní fluktuace a míšení;
3. Nárůst kulturního vědomí klientů;
4. Rozšíření elektronické komunikace a tím i sblížení v prostoru světa, zavádění moderní zdravotnické techniky;
5. Výskyt kulturních střetů, které poškozují zdraví a životy lidí;
6. Větší pohyb lékařů a sester po různých územích;
7. Nárůst počtu právních kroků, které podnikají klienti na obhajobu svých kulturních práv;
8. Zájem o lidská práva, včetně práva na adekvátní péči;
9. Střety „*kultury života*“ (podpora zestárlých, péče o děti) s „*kulturou smrti*“ (eutanázie, potraty);

10. Posun od péče soustředěné do nemocnic k péči v přirozených komunitách (včetně bezdomovců);
11. Přiklání se ke komplementární/alternativní zdravotní péči, včetně lidových/domorodých praktik;
12. Zvyšování požadavků kulturních menšin na adekvátní péči;
13. Prohlubování rozdílů mezi kulturou chudých a bohatých;
14. Výskyt násilí, jenž často vychází z hněvu nad sociálním útlakem nebo nespravedlností;
15. Širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě se smysluplně dorozumět;



SAMOSTATNÝ ÚKOL 18



Vysvětlete proč se objevují žaloby na postup sester při poskytování ošetrovatelské péče.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 2



Zamyslete se, proč v dnešním světě dochází ke střetům „kultury života“ (podpora zestárlých, péče o nedonošené děti) s „kulturou smrti“ (eutanázie, potraty).

3.1.3 Stručný historický vývoj transkulturního ošetrovatelství

Vývoj transkulturního ošetrovatelství jako samostatného oboru probíhal v uplynulých padesáti letech. Při zrodu tohoto oboru stála *Madeleine Leiningerová* a své prvotní snažení přirovnala ke snaze osamělého lososa, který se ze všech sil snaží plout proti proudu, aby se dostal do své vytoužené domoviny.

Motivem ke zrodu nového oboru bylo vědomí, že v péči schází jedna podstatná dimenze. Konkrétně se zprvu jednalo o péči o dětské pacienty mající různý původ a výchovu, a tedy i různé postoje k lékům, různý spánkový režim a oblíbená jídla, různé hry a zábavy. *Madeleine Leiningerová* si například všimla, že mexické děti si hrají ve srovnání s jinými velmi tiše.

Zdrojem mnoha podnětů pro transkulturní ošetrovatelství se zprvu stala antropologie (kulturní a sociální). Postupně byly z antropologie přejaty některé koncepce, ale s vědomím, že ošetrovatelství musí být zaměřené prakticky a plnit svou aktivní úlohu ve společnosti.

Výchozí zkušenosti z terénu se shromažďovaly například u gadsupské komunity na Nové

Guineji, která se velmi lišila od technologicky vyspělé západní kultury. Bylo potřeba připravit učební texty a podnítit zájem sester o nový obor a o opomíjené kulturní skupiny.

V roce 1974 byla v USA založena Společnost pro transkulturní ošetřovatelství s ústředním mottem: „*Mnoho kultur – jeden svět*“. Od roku 1989 začala tato společnost udělovat certifikáty sestrám, které prošly určitou přípravou a byly připraveny kvalitně a ohleduplně poskytovat kulturně citlivou péči klientům z různých prostředí.

Po roce 1990 získalo transkulturní ošetřovatelství status celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřen přístup nejen do klinické praxe, ale i do výuky a poradenské činnosti.

Zdravotnické a sociální obory jako např. medicína, stomatologie a sociální práce, začaly rovněž implementovat metody transkulturního přístupu. Mnohá futuristická očekávání v souvislosti s „*kulturně přizpůsobenou péčí*“ se již naplnila.

Od devadesátých let se zvyšuje počet sester, které doceňují význam multikulturní dimenze a zohledňování širších souvislostí. Změna postojů se následně odráží ve zdravotnických systémech, institucích a ve zdravotnickém školství.

Founder:

Madeleine Leininger

"That the culture care needs of people in the world will be met by nurses prepared in transcultural nursing."



K ZAPAMATOVÁNÍ 16



Vývoj transkulturního ošetrovatelství jako samostatného oboru probíhal v uplynulých padesáti letech 20. století. U zrodu tohoto oboru stála Američanka *Madeleine Leiningerová*.

Po roce 1990 získalo transkulturní ošetrovatelství status celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřen přístup nejen do klinické praxe, ale i do výuky a poradenské činnosti.

Od devadesátých let 20. století se zvyšuje počet sester, které doceňují význam multikulturní dimenze a zohledňování širších souvislostí.

Změna postojů respektujících multikulturní dimenzi se následně odráží ve zdravotnických systémech, institucích a ve zdravotnickém školství.

DALŠÍ ZDROJE



MASTILIAKOVÁ, D.: *Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče: jejich význam, zaměření a historická hlediska*. In: Kolektiv: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s. 6 - 11

3.2 Kulturní faktory ovlivňující chování v péči o zdraví

Lidé obvykle připisují příčiny dění ve svém životě a možnost je řídit buď *vnějším* okolnostem, nebo svým vlastním *vnitřním* motivům.

V obecném smyslu můžeme *zdraví* chápat jako *rovnováhu mezi organizmem a prostředím*. Opatření zaměřená na ochranu zdraví mají pozitivní vliv na člověka a řadíme k nim výživné stravování, účast na preventivních zdravotnických službách poskytovaných v místě bydliště, nebo například instalaci ekologických zařízení (odsíření) a bezpečnostních pomůcek. Člověk je schopen pozitivně ovlivňovat své prostředí.

Mezi kulturními skupinami existují složité systémy přesvědčení a činností zaměřených na péči o zdraví. Kromě toho pozorujeme variabilitu takových přesvědčení a praktik mezi etnickými a sociálními skupinami, a také uvnitř jedné kultury nebo rodiny. Dodnes mnohde převládajícím přístupem ke zdravotní péči zůstává *biomedicínský model*. Ten zdůrazňuje biologické potřeby, považuje je za „reálnější“ a více signifikantní než psychologické a sociální problémy. Lékaři a jiní zdravotníci v technologicky vyspělých západních zemích věnují pozornost převážně abnormalitám ve struktuře a funkci orgánů a léčbě či odstraňování nemoci.

Biomedicínský přístup je kulturně specifický, kulturně vázaný a hodnotově zatížený. Je ale jen jedním koncem kontinua zdravotní péče. Na opačném konci stojí tradiční model, který staví na lidových naukách a zvyklostech odchylných v mnohém od medicínské vědy. Ti, kdo se hlásí k *tradičnímu (celostnímu) modelu*, praktikují celé spektrum postojů a zvyklostí, včetně laických lidových tradic formovaných kulturou.

K ZAPAMATOVÁNÍ 17



Lidé obvykle připisují příčiny dění ve svém životě a možnost je řídit buď *vnějším* okolnostem,

nebo svým vlastním *vnitřním* motivům.

Zdraví v obecném smyslu je možné chápat jako *rovnováhu mezi organizmem a prostředím*. Mezi kulturními skupinami existují složité systémy přesvědčení a činností zaměřených na péči o zdraví. Kromě toho pozorujeme variabilitu takových přesvědčení a praktik mezi etnickými a sociálními skupinami, a také uvnitř jedné kultury nebo rodiny.

Biomedicínský přístup je kulturně specifický, kulturně vázaný a hodnotově zatížený. Zdůrazňuje biologické potřeby, považuje je za „reálnější“ a více signifikantní než psychologické a sociální problémy jedince.

Biomedicínský model je ale jen jedním koncem kontinua zdravotní péče. Na opačném konci stojí *tradiční(celostní)model*, který staví na lidových naukách a zvyklostech odchylných v mnohém od medicínské vědy.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 19



Vysvětlete rozdíl mezi holistickým (celostním/tradičním) a biomedicínským přístupem v péči o zdraví.

3.2.1 Kulturně lidové a profesionálně medicínské postupy

Kulturně lidové postupy v léčbě a péči o zdraví lze pracovně rozdělit na *účinné, neutrální, dysfunkční* a *s neurčitým účinkem*.

Účinné lidové postupy

Podle standardů v západních zemích musí být účinné kulturně lidové postupy prospěšné zdraví. To nevylučuje, že se mohou lišit od moderních vědeckých postupů. Účinná lidová péče napomáhá efektivitě ošetrovatelství, proto není nic špatného na tom, když v jejich používání sestra pacienty z různých kultur podporuje. Terapeutická strategie, která je v souladu s přesvědčeními a hodnotami klienta může být dokonce více úspěšná než implantované terapie. Lidé, kteří věří například v princip horka a chladu, mohou ze svého přesvědčení těžit. Budou se například vyhýbat horkým poživatinám při takových žaludečních onemocněních jako jsou vředy, což je plně v souladu s neдрáždivou dietou doporučenou lékaři. Medicínské zdravotní intervence lze takto kombinovat s některými lidovými postupy.

Neutrální lidové postupy

Neutrální léčebné a diagnostické postupy nemají žádný účinek na zdravotní stav dotčeného. Někteří zdravotníci dojdou k závěru, že v takovém případě jsou irelevantní a není třeba jim věnovat pozornost. Ale tyto postupy a činnosti jsou spojeny s přesvědčeními, která jsou pevně začleněna do klientovy osobnosti. Příklady několika neutrálních postupů, včetně „rituálního odstranění placenty a pupeční šňůry“, vyhýbání se sexuálnímu styku v některých fázích těhotenství, zvláštní hygienické návyky, nebo vyhnutí se světelným paprskům Měsíce během zatmění. Mnoho žen v Jihovýchodní Asii věří, že kdyby seděly na zápraží nebo na schodech během těhotenství, zkomplikovalo by to porod. V čekárnách se tyto ženy zdržují raději dále od dveří. Jiné ženy jsou přesvědčeny, že přejídání nebo nedostatek činnosti během těhotenství povedou k těžkému porodu a že přispát si ráno nebo podřimovat během dne povede ke stejným následkům. Ženy hmongských a mienských kmenů věří, že blízkost nůžek nebo nožů vede k rozštěpu patra u dítěte či dokonce k potratu. Nesahají pro předměty nad hlavu, protože se obávají, že by způsobily vrozené defekty nebo spontánní potrat. Chování tohoto typu nevyžaduje ze strany sestry žádné zvláštní intervence, všímavá zdravotnice si jen uvědomí jejich význam a respektuje

právo klientky chovat své postoje a řídit se vlastními zvyklostmi.

Dysfunkční lidové postupy

Dysfunkční postupy jsou škodlivé. Ilustrací dysfunkční tradice v oblasti zdraví je přemíra rafinovaného cukru v zemích s jeho vysokou spotřebou. Sestra musí zjistit, které postupy jsou v dané oblasti dysfunkční, a pomoci připravit vzdělávací programy, které povedou k jejich změně na postupy prospěšné. Příkladem dysfunkčních postupů jsou ty, které odhalila v Britské Kolumbii v Kanadě studie z roku 1992. Bylo zjištěno, že implementace plošného screeningového programu cytologie děložního krčku, která začala v roce 1955, vedla k 70% poklesu mortality na invazivní skvamózní cervikální karcinom. I po implementaci inovativního programu však mortalita zůstala vysoká mezi domorodými skupinami (eskymácké/inuitské, indiánské a metské) populace. Míra mortality domorodých žen byla čtyřikrát vyšší než u bílých žen. V celé populaci asi 85% žen dodržovalo doporučení k účasti na screeningu, u skupin domorodých žen byla ale účast o 30% nižší. Nepodařilo se stanovit, zda tato nižší účast vyplývala z tradic a přesvědčení, nebo z nedostatku zdrojů na cestu do střediska, apod.

Lidové postupy s neurčeným účinkem

V roce 1972 vyvinuli Williams a Jelliffe systém kulturního hodnocení, který zaváděl kategorii postupů v péči o zdraví s neurčeným, neznámým účinkem. K takto nejistým postupům patřilo těsné zavinování novorozenců s cílem udržet tělesnou teplotu nebo použití abdominálního pásu u matky i dítěte jako prevence pupeční kýly. Sestra musí mít na paměti, že v mnoha případech lidové postupy nespádají jasně do jedné z uvedených kategorií postupů. Lidové postupy ve zdravotní péči obvykle posuzujeme subjektivně jako více či méně přínosné nebo škodlivé podle toho, jak vychází ze srovnání s jinými, alternativními postupy.



K ZAPAMATOVÁNÍ 18



Kulturně lidové postupy v léčbě a péči o zdraví pracovně rozdělujeme na *účinné, neutrální, dysfunkční a s neurčitým účinkem*.

Účinná lidová péče napomáhá efektivitě ošetřovatelství, proto není nic špatného na tom, když v jejich používání sestra pacienty z různých kultur podporuje.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 20



Objasněte význam čtyř uvedených lidových postupů v péči o zdraví.

3.2.2 Kulturní hodnoty a jejich vztah ke zdravotnickým postupům

Za *kulturní hodnoty* považujeme individualizované soubory pravidel, podle kterých lidé žijí a jimiž se řídí. Jsou pilířem přesvědčení, postojů, chování a jednání. Kulturní hodnoty často nabývají nevědomě během procesu asimilace v období růstu a zrání. Je potřeba si uvědomit, že kvůli svému umístění na podvědomé rovině se dají kulturní hodnoty jen obtížně měnit. Mají pronikavý a hluboký vliv na jednotlivce.

Hodnotové orientace

Hodnotové orientace jako uspořádané zásady dávají řád a směr neustávajícímu proudu lidského konání a myšlení a vztahují se k řešení obecných lidských problémů. Jedinec může zastávat jinou hodnotovou orientaci než okolní kulturní skupina.

Lidé v různých kulturních skupinách formují své myšlení v oblasti času, osobní činnosti, mezilidských vztahů, vztahu k přírodě a k nadpřirozenu. Rámcově rozlišujeme hodnotovou orientaci: časovou, činnostní, vztahovou, vztah k přírodě a morální.

Časová

Časová orientace charakterizuje způsob, jakým příslušníci určité kulturní skupiny člení čas. Obvykle rozlišujeme tři referenční oblasti – minulost, přítomnost a budoucnost. Ve většině kultur se tři časové roviny kombinují, ale jedna bývá dominantní.

Činnostní

Činnostní orientace vypovídá o tom, zda je kulturní skupina orientována na činnost a výkon, nebo na „bytí“ a prožívání. Kultura zaměřená na výkon oceňuje především to, čeho bylo dosaženo, kultura zaměřená na bytí oceňuje samotnou hodnotu existence.

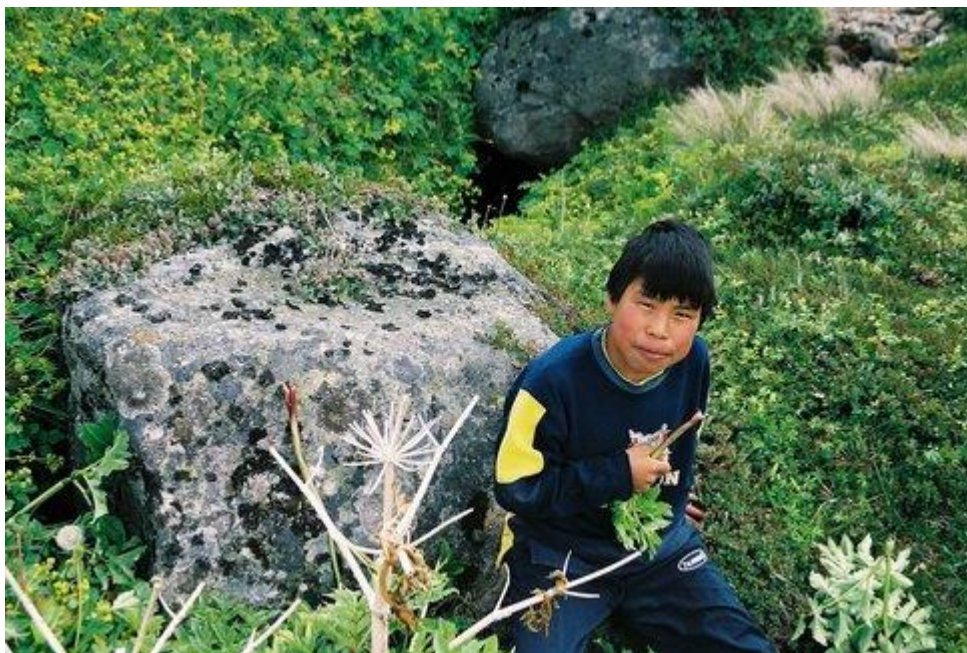
Vztahová

Vztahová orientace v kulturním prostoru vymezuje proporce mezilidských, interpersonálních vztahů. Konkrétněji, vztahová orientace definuje ve skupině role jednotlivých členů. Vyskytuje se ve třech typech, modech:

Rodový modus: Tam, kde dominuje rodový modus, považují za přednostní cíle a blaho skupiny. Důležitá je její kontinuita a generační návaznost. Kultury, které považujeme za rodové, chápou příbuzenské vztahy jako základ udržení rodové linie.

Individualistický modus: Kultury, v nichž dominuje individualistický modus, kladou cíle jedince před cíle skupiny. Každý sám zodpovídá za své jednání a za to, čeho dosáhne.

Kolaterální modus: V kolaterálních kulturních skupinách jsou přednostním zájmem cíle a blaho horizontálních, ne vertikálních skupin – sourozenců, vrstevníků, apod. Příkladem jsou části Ruska, kde jsou individuální cíle podřízeny zájmům celé laterální skupiny.



Environmentální orientace (vztah k přírodě)

Vztah k přírodě je trojí – lidé buďto přírodu ovládají, nebo s ní žijí v harmonii a souladu, nebo jsou jí podřízeni. Filozofický základ stavu, kdy lidé ovládají přírodu, je v tom, že člověka považujeme za schopného řídit přírodní pochody. V případě harmonie lidé žijí v souladu se sebou, s přírodou, vesmírem. Náзор, že lidé jsou přírodě podřízeni, souvisí s tzv. fatalizmem – osud je nevyhnutelný, lidé nemají kontrolu nad přírodou ani budoucností. Příkladem je životní postoj některých obyvatel Apalačských hor: „Pokud mám dostat rakovinu, dostanu ji.“ V tom případě by zavádění preventivních opatření dle mínění klienta nemělo žádný význam. I lidé z Apalačských hor jsou však různí, většina z nich chodí k lékaři a do nemocnice, pokud se opravdu cítí hodně nemocní.

Morální orientace (*postoj k lidské podstatě*)

Tento druh orientace určuje, zda je lidská podstata považována za dobrou, zlou a hříšnou, nebo neutrální. Kultury navíc nahlízejí na lidskou podstatu buď jako proměnlivou, nebo neměnnou. Někoho lze vnímat jako zlého a nezměnitelného, zlého a změnitelného, neutrálního (nevyhraněného – podléhá pozitivním i negativním vlivům).

K ZAPAMATOVÁNÍ 19



Za *kulturní hodnoty* považujeme individualizované soubory pravidel, podle kterých lidé žijí a jimiž se řídí. Jsou pilířem přesvědčení, postojů, chování a jednání. Kulturní hodnoty často nabýváme nevědomě během procesu asimilace v období růstu a zrání.

Hodnotové orientace jako uspořádané zásady dávají řád a směr neustávajícímu proudu lidského konání a myšlení a vztahují se k řešení obecných lidských problémů. Jedinec může zastávat jinou hodnotovou orientaci než okolní kulturní skupina.

Rámcově rozlišujeme hodnotovou orientaci: *časovou, činnostní, vztahovou, vztah k přírodě a*

morální.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 21



Na vlastním příkladu charakterizujte hodnotovou orientaci: časovou, činnostní, vztahovou, vztah k přírodě a morální.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 3



Zamyslete se nad vlastní hodnotovou orientací.

3.2.3 Lidová (generická, tradiční, emická) léčba a péče

Sestry a další zdravotníci, kteří nejsou seznámeni s principy lidové léčby ji považují za podivnou a říkají, že je „produktem třetího světa“. To, že se nám něco zdá „divné“ nebo „zvláštní“ ale závisí na míře poznání. Ve většině případů lidové praktiky v péči o zdraví ztrácejí svou podivnost, když je dobře prozkoumáme.

Přitom je vhodné rozlišovat, co je známé, a co je žádoucí. Tím, že se s něčím seznámíme, neposkytujeme automaticky své přijetí. Tolerance se zde stává dvoucestným procesem: zastánci lidové medicíny nemusejí opouštět svá přesvědčení a zvyklosti, když poznají technologickou medicínu, a naopak zdravotníci nepocítují nutnost vzdát se moderního léčení, když poznají lidové metody.

Životní filozofie člověka značně ovlivňuje jeho postoje k nemoci a příslušným léčebným postupům. Např.: *víra v magii* vede k domněnce, že nemoc je důsledkem určitého lidského chování, a že může být léčena magickými postupy. *Náboženská víra* může přičítat nemoc nadpřirozeným silám a u nich také hledat pomoc a lék. *Vědecké založení* vede k představě nemoci jako důsledku kauzálního vztahu v přírodních procesech a k přesvědčení, že léčba má probíhat vědeckými prostředky.

Lidové názory na léčbu jako systém

Lidové léčebné systémy klasifikují *události, choroby a onemocnění na přirozené a nepřirozené*. Takové dělení je typické například pro populace Haitiánů, obyvatelů Trinidadu, Mexičany, africké obyvatele Kanady a další.

Rozdíl mezi přirozenými a nepřirozenými událostmi

Nejjednodušší způsob členění na přirozené a nepřirozené události je podle zastánců této koncepce zjištění, že *přirozené události* vycházejí ze světa, tak jak jej Bůh stvořil a jaký jej chtěl. Přirozené zákony tak dovolují jistou míru předvídatelnosti všedního života. *Nepřirozené události* fungují přesně opačně, narušují harmonii přírody. Na nepřirozené dění tedy mnozí pohlížejí jako na něco, co se snaží narušit Boží plán a co je v nejhorším případě ztělesněno silami zla nebo intrikami ďábla. Nepřirozená událost nahání strach, protože je nepředvídatelná. Je zakořeněna mimo přírodu, a vymyká se proto kontrole běžných smrtelníků.

S tendencí vnímat jevy jako protiklady, například dobro proti zlu, přirozené dění proti nepřirozenému, souvisí víra některých lidových léčebných systémů, že všechno má svůj přesný opak. Někteří afričtí přistěhovalci v Kanadě, kteří praktikují lidovou léčbu, jsou přesvědčení, že ke každému narození přísluší úmrtí, ke každému sňatku rozvod a ke každému zdravému někdo se špatným zdravím. Jejich učení jde pak ještě dále – věří, že na každou nemoc musí být lék, na každý jed antidotum, že každá rostlina musí mít léčivý účinek, atd. Některé kulturní skupiny s takovým postojem neuznávají chronicitu nemocí jako je AIDS, herpes, syfilis.

Rozdíl mezi přirozenými a nepřirozenými nemocemi

Nemoci mohou některé kulturní skupiny dělit na přirozené a nepřirozené. Na tom pak závisí typ péče nebo lékaře či léčitele, který vyhledají. Nemoci bývají chápány jako symboly disharmonie nebo konfliktu v některé oblasti života a řadí se někdy do dvou kategorií: *přirozené nemoci jako rizika vyplývající z prostředí* a *nepřirozené nemoci jako Boží trest*.

Přirozené nemoci jako rizika prostředí:

Přirozené nemoci se v pojetí lidových léčebných systémů objevují kvůli nebezpečným vlivům prostředí, například chladu, nečistotě vzduchu, potravy nebo vody. *Přirozené nemoci* jsou založeny na tom, že všechno v přírodě je propojeno a můžeme interpretovat a případně i řídit na základě porozumění takových souvislostí. *Sympatetická magie* je základem mnoha lidových léčebných praktik. Dělíme ji do dvou kategorií: *přenosová* a *imitativní*. Podstatou přenosové magie je předpoklad, že části reprezentují celek. Ten, kdo chce ublížit, tak například využívá vlasů své oběti jako magické reprezentace. Imitativní magie spočívá v domněnce, že působí kouzlo podobnosti. Nůž pod lůžkem by měl kupříkladu symbolicky utnout délku porodních bolestí, zkrátit je. Při snaze pomoci klientům předcházet „přirozeným“ onemocněním by sestra měla pochopit, jak si ostatní představují souvislosti mezi lidským organizmem a přírodními jevy – fázemi Měsíce, změnou ročních období, apod. V magických léčebných systémech panuje víra, že jevy jako pozice planet přímo ovlivňují zdraví.

Nepřirozené nemoci jako Boží trest:

O nepřirozených (nepřirodních) nemocích panuje přesvědčení, že vznikají v důsledku Boží nelibosti poté, co člověk zhrěšil. Nemoc může být přímo chápána jako trest za selhání v dodržování vytýčených pravidel chování stanovených Bohem. Příčinou nepřirodních nemocí v této perspektivě je neustálá bitva mezi silami dobra, reprezentovanými Bohem, a silami zla, které znázorňuje ďábel. Vlivům zla bývá připisována řada poruch zdraví – od nočních můr až po tuberkulózu nebo rakovinu. Jedna žena černé pleti podle dokumentace opakovaně odmítala píchat si inzulin, protože věřila, že její nemoc je přímým důsledkem trestu za hříchy spáchané v mládí. Některé nepřirozené nemoci ale lidé připisují čarodějnictví. Čarodějnictví spočívá v přesvědčení, že někteří lidé mají schopnost mobilizovat nadpřirozené síly.



Srovnání lidových léčebných systémů s jinými

Abychom pochopili lidovou léčbu, potřebujeme prozkoumat celý její systém a srovnat jej s *ekologickým modelem; západním medicínským modelem; alternativními (komplementárními) terapiemi; a náboženskými soustavami*. Všechny léčebné systémy jsou založeny na filozofii přežití lidského organismu. Podle klasických prací Thomase Weavera (1970) jak lidové, tak medicínské postupy představují určitý sociální systém se vzájemně provázanými částmi a proměnnými, k nimž patří přesvědčení, postoje, zvyklosti a role spojované s pojmy zdraví a nemoci a se vzorci obvyklé léčby a diagnostických postupů.

Všechny léčebné systémy mají adaptivní povahu. V tom smyslu můžeme *léčebný systém* definovat jako vzorec kulturní tradice a sociálních institutů a institucí, který vychází z cílené snahy zlepšit zdravotní stav, nehledě na to, jaké výsledky taková snaha skutečně přináší (Dunn, 1975).

K dosažení dobrého zdraví musí člověk vytvořit vlastní představu toho, co je nemoc a s ní spojený atribut bolesti a utrpení. Když přijmeme určitou filozofii zdraví, vymezujeme si role osob zúčastněných na procesu léčby. Tyto role vyžadují specifické osoby disponující tajemstvími terapie. Autoritu k provádění terapie jim propůjčují v případě medicínských systémů školy a lékařské komory, v případě lidových systémů nadpřirozené síly. Tělo je nedílnou součástí každé osobnosti, a tak všechny medicínské systémy používají k diagnostice jeho částí nebo exkretů. Lidová praxe často předepisuje léky ke vtírání do kůže, oplachování těla nebo pomazávání nemocných.

Ekologický model léčby a péče

Ekologický model těsně souvisí s lidovým léčením. Kay (1979) definuje tři atributy termínu *ekologický*: 1. *biologický* – odvětví biologie, které studuje vztahy mezi organizmy a prostředím. 2. *sociální* – vztah mezi lidmi a institucemi a jejich vzájemná závislost. 3. *kulturní* – vztah mezi kulturou a prostředím, kulturou a společností. Ekologická dimenze zdravotní péče pomáhá sestře nabídnout přijatelná vysvětlení, proč u určitých jedinců vznikne daná choroba a u jiných ne. V uplynulých desetiletích zdravotníci začali věnovat ekologickým otázkám více pozornosti, a to i v souvislosti s etnicky specifickými problémy jako je srpkovitá anémie.

Západní medicínský systém

Západní medicínský systém diagnostiky a vědeckého výkladu nemocí je výrazně odlišný od lidových systémů, které usilují o vysvětlení nemoci z hlediska rovnováhy mezi jedincem a fyzikálním, sociálním, případně duchovním světem. Západní zdravotnictví se soustřeďuje na preventivní a kurativní medicínu a vědecké poznatky, zatímco lidová léčba si všímá především člověka

jako bytosti. V lidovém pojetí je zcela právoplatným postupem pálit kadidlo k uzdravení, vyhýbat se chladným věcem a vystříhat se obávaného uhranutí. Jak uvádí Kay (1979), náboženství jednoho člověka může jiný člověk považovat za pověru nebo magické učení. Pro zdravotníky je obtížné vnímat takové entity jako něco, co přímo souvisí s léčením, a uznat, že pro některé kulturní skupiny znamená náboženství náhradu za vědu.

Při srovnání okruhu zájmu lidové medicíny se západním systémem vidíme řadu odlišností – ale ne všechny musí být zásadní. Dříve byl vztah v západní medicíně převážně dyadický (dvě osoby: lékař-pacient, lékař-sestra, sestra-pacient) a v lidovém léčení zahrnoval širší okruh osob, včetně rodičů, dalších příbuzných a jiných osob, které přispívaly k péči. Dnes však již ani západní medicína nepovažuje účast více osob za nežádoucí, irelevantní nebo dysfunkční. Početnější sítě terapeutického působení s více členy jsou postupně začleňovány do zdravotní péče západního stylu.



Důležitou součástí lidského soužití s prostředím, lidské ekologie, je *etnický specifická strava*. Poskytovatelé zdravotní péče začínají etnickou stravu zavádět do praxe a uznávat její důležitost. Každý člověk, nehlédě na etnický původ, musí přijímat dostatek potravy, aby splnil požadavky na živiny, energii, tuk, bílkoviny, vitamíny, minerály a vodu a aby udržel tělo v činnosti. Rittenbaugh (1978) poznamenává, že toho velmi málo víme o lidské variabilitě pokud jde o takové parametry, jako jsou požadavky na výživu, fyziologická reakce na malnutrici (špatnou výživu) a schopnost trávení. Snad právě tento nedostatek znalostí způsobil, že západně orientovaní zdravotníci předepisovali diety nepřijatelné pro pacienty z různých multikulturních skupin. Zástupci kultur mohou dokonce trpět fyzickou nesnášenlivostí určitých západních potravin a jídel. Sestra si má všimnout faktorů vázaných na etnický přiměřenou stravu a další lidové zvyklosti pokaždé, když připravuje plány péče pro kulturně specifické skupiny.

Alternativní terapie

V roce 1990 asi 34% Američanů, což odpovídá asi 61 milionů obyvatel, používalo alespoň jednu formu terapie mimo oficiální medicínský systém. Většina z nich tak postupovala bez vědomí svého lékaře. William LaValley, zakladatel Sekce komplementární medicíny při Novoskotské lékařské společnosti, odhaduje, že v Kanadě vyhledává pomoc alternativních léčitelů asi 25%

populace (University of Calgary – Seminář komplementární medicíny, 1995). Někteří řečníci na uvedeném semináři konstatovali, že 18% pacientů calgarské kliniky HIV a AIDS a 27% tamní gastroenterologické kliniky vyzkoušelo nějakou formu alternativní terapie. Přibližně 44% lékařů v Albertě uvedlo, že doporučili svým pacientům některého alternativního praktika, ale jen 10% připustilo, že o tomto tématu mají dostatek informací (Peterson, 1996).

Zatímco klasická západní medicína se zaměřuje na nemoc a její odstranění, *alternativní terapie berou v úvahu celého pacienta (holismus)*. V alternativních systémech je symptom považován za špičku ledovce, za prostředek, kterým tělo sděluje mysl, že je potřeba něco změnit, odstranit, přidat. Alternativní terapie vnímá tělo a mysl jako celek. Akupunktura, holistické přístupy, léčba dotekem, aromaterapie, meditace, řízená imaginace a spousta dalších technik se uplatňuje jako schůdná alternativní varianta.

Alternativní léčbu provádějí také *homeopaté, naturopaté, maséři a reflexologové*. Jak uvádí Dossey (1993), badatelé v novém oboru psychoneuroimunologie prokázali úzkou spojitost mezi částmi mozku zajišťujícími myšlení a emoce a nervovým i imunitním systémem. Na základě těchto zjištění Dossey usuzuje, že myšlení se může stát součástí biologie. Přestože vědecká hodnota alternativních, komplementárních terapií nebyla jednoznačně určena, disponují psychologickou složkou, která nabízí klientovi pocit, že má věci více ve svých rukou. Sestry by z toho a jiných důvodů měly být dobře informovány o netradičních postupech léčby.



Náboženské systémy

Některé náboženské skupiny tvoří vnitřní pravidla regulující péči o zdraví a typ vyhledávané zdravotnické pomoci. K náboženským zážitkům, které jsou založeny na kulturním pozadí, patří požehnání duchovních, zjevení od mrtvých předků či zázračná uzdravení. Náboženství přisuzují některým živým objektům nebo věcem léčivou sílu. Náboženství předkládá sociální, morální a dietetická pravidla, která mimo jiné slouží k zachování zdravé rovnováhy a pomáhají v prevenci nemocí. O prevenci usilují věřící i takovými prostředky, jako je pálení svíček, modlitba nebo výkupní rituály. Ke dni Svatého Blažeje se žehná krku coby částí těla s nadějí, že to ochrání před bolestí v hrdle a dušením. Na křest nahlížejí věřící jako na proces očištění a oddanosti, který navíc chrání před zlem. Úkon pomazání probíhá jako znak oddanosti Bohu nebo příprava ke smrti, ale mívá i význam naděje na zázrak a uzdravení. K náboženským zvyklostem patří i obřizka, která má navíc zabránit nemoci a poškození.

Sestry by měly umět odlišit kněze nebo duchovního od šamana. Šaman zpravidla čerpá z magie, zatímco duchovní se učí kodifikovaným naukám víry a zákonům. V řadě tradičních léčebných systémů mají významné náboženské rituály cíl zprostředkovat kontakt mezi nynějším a budou-

cím životem, případně mezi touto planetou a jiným světem.

K ZAPAMATOVÁNÍ 20



Zdravotníci, kteří nejsou seznámeni s principy lidové léčby a péče ji považují za podivnou a říkají, že je „produktem třetího světa“. To, že se nám něco zdá „divné“ nebo „zvláštní“ ale závisí na míře poznání.

Ve většině případů lidové postupy v péči o zdraví ztrácejí svou podivnost, když je dobře poznáme. Přitom je vhodné rozlišit, co je známé, a co je žádoucí. Tím, že se s něčím seznámíme, neposkytujeme ještě automatické přijetí.

Tolerance se zde stává oboustranným procesem: zastánci lidové medicíny nemusejí opouštět svá přesvědčení a zvyklosti, když poznají technologickou medicínu; a naopak zdravotníci nepociťují nutnost vzdát se moderního léčení, když poznají lidové postupy.

Postoje člověka ke zdraví, nemoci a příslušným léčebným postupům ovlivňuje značně jeho *životní filozofie*: např.: *Víra v magii* vede k domněnce, že nemoc je důsledkem určitého lidského chování, a že může být léčena magickými postupy. *Náboženská víra* může přičítat nemoc nadpřirozeným silám a u nich také hledat pomoc a lék. *Vědecké založení* vede k představě nemoci jako důsledku kauzálního vztahu v přírodních procesech a k přesvědčení, že léčba má probíhat vědeckými prostředky.

Léčebný systém lze definovat jako vzorec kulturní tradice a sociálních institutů a institucí, který vychází z cílené snahy zlepšit zdravotní stav, nehledě na to, jaké výsledky taková snaha skutečně přináší (Dunn, 1975).

Západní medicínský systém diagnostiky a vědeckého výkladu nemocí je výrazně odlišný od lidových systémů, které usilují o vysvětlení nemoci z hlediska rovnováhy mezi jedincem a fyzikálním, sociálním, případně duchovním světem.

Západní zdravotnictví se soustřeďuje na preventivní a kurativní medicínu a vědecké poznatky, zatímco lidová léčba si všímá především člověka jako bytosti.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 22



Vysvětlete, proč lidové léčebné systémy klasifikují události, choroby a onemocnění na *přirozené* a *nepřirozené* a jaký je mezi nimi rozdíl.

Na základě uvedeného textu srovnajte lidový léčebný systém s *ekologickým modelem*; *západním medicínským modelem*; *alternativními (komplementárními) terapiemi*; a *náboženskými soustavami*.

KONTROLNÍ OTÁZKA 7



Na čem závisí postoj člověka ke zdraví, nemoci a příslušným léčebným postupům?

Jaký postoj by měly zaujmout sestry k alternativním postupům v léčbě a péči ?

3.2.4 Důsledky lidových postupů pro ošetřovatelskou péči

Sestra musí pamatovat na to, že stále usilujeme o rovnováhu a harmonii a vyhnout se škodlivým extrémům, a to bez ohledu na to, jestli klient považuje dění ve svém životě za řízené svými

vlastními vnitřními motivy, nebo vnějšími okolnostmi, a nebo jestli upřednostňuje lidové, náboženské nebo ekologické postupy léčby.

Jinak řečeno, je obecně považováno za škodlivé jíst příliš mnoho, opíjet se, zůstat dlouho vzhůru, apod. V klasické studii z roku 1972 v Harlemu bylo zjištěno, že 90% dotazovaných afroamerických adolescentů věřilo, že dobré zdraví závisí do značné míry na tom, jak se člověk o sebe stará. Adolescenti usuzovali, že výsledky nestřídmosti nejsou sice okamžitě viditelné, ale dříve nebo později zdraví jedince ovlivní, protože organizmus utrpí oslabení.

Zdá se, že mezi muži a ženami, stejně jako mezi osobami různého věku, existují rozdíly v množství síly nebo pocitu slabosti. Síla bývá spojována se schopností snést nemoc, zatímco slabost se zvýšenou citlivostí. Sílu přičítáme více mužským jedincům. Například v Kanadě a jiných zemích jsou ženy obecně považovány za slabší než muži, což se má projevovat zejména tím, že ženy jsou náchylnější k onemocnění kvůli funkční ztrátě krve a anatomickým odlišnostem. Slabost nebo síla jsou také spojovány s určitým věkem. Novorozenci a nenarozený plod jsou považováni za nejslabší a cítíme, že jsou plně závislí na dobré vůli matky – a to již v prenatálním období. Během těhotenství jsou klíčem ke zdravému dítěti harmonie a střídmost v návycích, a tak s obdobím gravidity souvisejí mnohá tabu v řadě kulturních skupin.

Panuje představa, že emoční stav nastávající matky může dítě ovlivnit – zejména když jde o lítost, strach, posměch, nenávisť. Někteří lidé černošské kultury věří, že pocit nenávisť k někomu způsobí, že se mu pak dítě po narození bude podobat. Jestliže těhotná žena viděla někoho, kdo prodělal záchvat, a cítila lítost, může to prý vést k záchvatům i u dítěte, až se narodí. Někteří Afroameričané věří, že když těhotná žena projevuje posměch někomu, kdo má fyzické postižení, způsobí narození dítěte se stejným postižením, což bude trest za nedostatek ohledu a soucitu.



Jelikož některé kultury věří v přímou spojitost mezi organizmem a přírodními silami, je potřeba, aby sestra získala znalosti o významu přírodních jevů, například fází měsíce a ročních období, pro danou skupinu osob. V některých venkovských oblastech lidé řídí své chování různými přírodními úkazy. V jednom regionu dodnes lidé čerpají z knihy *Old Farmer's Almanac* (Farmářův deník), který roku 1897 napsal jistý lékař. Touto knihou se řídí při setbě, sběru vajec, ničení plevele, odstavení dítěte od kojení, nebo při lovu ryb. Deník rovněž využívají při rozhodování, kdy je nejvhodnější doba nechat si vytrhnout zub, udělat plombu nebo provést jiný zákrok. (Kniha radí, že zub má být vytržen, když Měsíce přibývá, zatímco pro plombu je vhodná doba, kdy couvá.) Podle deníku řídí i načasování chirurgických zákroků. Někteří černošští lékárníci dodnes dávají zákazníkům starobylý Deník či novější vydání jako dárek k Novému roku.

Je důležité vědět, že velké množství zástupců rozmanitých kultur řídí svůj zdravotní režim podle znamení zvířetníku. Mnozí o tom ovšem neřeknou svému lékaři, protože se bojí posměchu. Používání znamení je příkladem, jak lidé mohou vztahovat k sobě působení vnějších sil. Znamení ovlivňují rozhodování o automedikaci, stravovacích opatřeních změně chování. Některé s tím spojené zvyklosti jsou škodlivé, jiné neutrální, některé prospěšné. Pro pacienta v urgentním sta-

vu potřeby chirurgického zákroku by bylo ničivé, kdyby čekal až na úplněk. Sestry ve zdravotnických zařízeních v zemích, kde je to potřeba, by měly sestavovat vzdělávací programy, které naučí klienty zacházet se svým chováním a výkladem znamení tak, aby si pomohli udržet zdraví a zabránit onemocnění.

Sestry mají pamatovat na to, že v oblasti zdraví uplatňují svůj vliv také sny. Mnoho Hait'anu věří, že sny jsou významným prostředkem, který zprostředkovává člověku komunikaci s obyvateli nadpřirozených světů. Hait'ané vyznávají, že mrtví zjevení ve snech přinášejí poselství z onoho světa, a tato poselství považují za spolehlivá.

Při studiu lidových léčebných systémů vychází najevo, že část z nich vnímá svět jako nebezpečné místo, kde člověk musí být stále na pozoru před přírodou, jinými lidmi nebo možnému trestu od Boha. Člověk se má ochraňovat a důvěřivost může být nebezpečná. Hispánci a obyvatelé Latinské Ameriky porůznu věří, že nemoc pramení buď z tělesné nerovnováhy, nebo nadpřirozených sil – zlých duchů, mocných lidí, magických vlivů. Jiní přičítají nemoc emočnímu rozrušení nebo ji považují za Boží vůli. Léčbu mnohým Hispáncům a latinskoamerickým národům poskytuje plejáda lidových léčitelů. Patří k nim: *curandero* (používá modlitby a různé artefakty), *yerbero* (bylinář), *espiritista* (používá kultu spojeného s komunikací s duchy a s tzv. očišťováním duše morálním chováním) a také *santero* (ten, kdo provozuje Santerii, učení studující způsob, jak usmiřovat nadpřirozené síly). Při krizových a jiných intervencích během léčby bude možná nutné získat některé informace o léčitelích, které si pacient přizval.



Přítomnost alternativního lidového systému péče o zdraví v nemocnici přináší určité komplikace, jestliže lidová léčba vyžaduje odlišné postupy nebo je přímo v rozporu se západní medicínou. Nejde jen o to, zda nabídnout lékařskou péči místo žádné péče, nebo nahradit domněle horší péči péčí lepší, ale musíme brát v potaz skutečnost, že lidé různého kulturního původu mají hluboká přesvědčení o tom, jak získávat a udržovat zdraví. Tato přesvědčení mívají někdy spojitost s přírodou, jindy s nadpřirozenem a běžně se odrážejí na vztahu klienta s lékařem a sestrami. To potom vede k vlivu na klientovo rozhodování o další léčbě a dodržování nebo nedodržování předepsaných doporučení. V některých kulturách například připisují vznik rakoviny nedostatečnému užívání bylinných přípravků, urážce zemřelého předka nebo jej vnímají jako trest. V multikulturních populacích se pak západní medicínský přístup nemusí jevit vždy optimální (Boston, 1993).

Sestry v příslušných kulturách často správně usuzují, že když jim dovezou pacienta do zařízení profesionální péče, vyzkoušel již všechny dostupné lidové prostředky. To platí o některých lidech s nízkými příjmy, obyvatelích Porto Rica, přistěhovalcích mexického původu a dalších. Je potřeba při příjmu stanovit, co zatím klient pro boj s nemocí podnikl. Pokud jsou podaná lidová léčiva neškodná, může je sestra v léčebném režimu ponechat, případně k nim přidat vlastní postřehy. Vyložené škodlivé praktiky je však třeba vynechat. Eliminace škodlivých praktik záleží na tom, zda klient uzná, že mu nepomohly či dokonce ublížily. Sestra může nabídnout alternativy. Někdy ovšem sestra daný postup bude považovat za škodlivý, zatímco pacient za prospěšný. V tom případě je potřeba věc společně vyjasnit.

V uplynulých letech začal výzkum v ošetřovatelství věnovat pozornost vztahu člověka

k prostředí.

Výzkumná studie z roku 1989 (Pyles) například aplikovala Etzioniovu teorii spolupráce a poslušnosti na míru uspokojení z práce u zaměstnanců jedné ošetrovatelské školy. Výsledky studie ukázaly, že normativní struktura moci a související morální angažovanost učitelského sboru odpovídaly představám o kreditu takové organizace, jako je univerzita. V tom se zrcadlí určité kulturní cíle.

Ve více klinicky zaměřené studii Gould (1989) shrnuje poznatky o 112ti seniorech žijících v městských domovech důchodců. Výsledky naznačují, že pocit uspokojení ze života je indikátorem tělesného prospívání, a že je tím pádem díky své souvislosti se zdravím užitečným ukazatelem kvality péče. Podle studie vznikla mezi obyvateli domova důchodců a personálem osobní vazba, která pomohla zmírnit touhu po sebeurčení. To nám pomáhá pochopit, proč senioři s nízkým příjmem vykazovali vysoké hodnoty uspokojení ze života přesto, že měli jen nepatrný vliv na své (institucionalizované) prostředí.



K ZAPAMATOVÁNÍ 21



Sestra musí pamatovat na to, že stále usilujeme o rovnováhu a harmonii a vyhnout se škodlivým extrémům, a to bez ohledu na to, jestli klient považuje dění ve svém životě za řízené svými vlastními vnitřními motivy, nebo vnějšími okolnostmi, a nebo jestli upřednostňuje lidové, náboženské nebo ekologické postupy léčby.

Přítomnost lidového systému péče o zdraví v nemocnici přináší určité komplikace, jestliže lidová léčba vyžaduje odlišné postupy nebo je přímo v rozporu se západní medicínou. Nejde jen o to, zda nabídnout lékařskou péči místo žádné péče, nebo nahradit domněle horší péči péčí lepší, ale musíme brát v potaz skutečnost, že lidé různého kulturního původu mají hluboká přesvědčení o tom, jak získávat a udržovat zdraví. Tato přesvědčení mívají někdy spojitost s přírodou, jindy s nadpřirozenem a běžně se odrážejí na vztahu klienta s lékařem a sestrami. To potom vede k vlivu na klientovo rozhodování o další léčbě a dodržování nebo nedodržování předepsaných doporučení.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 4



Kasuistika

Marta B. je 27letá žena, která bydlí v Apalačských horách v malém domku bez vodovodních a jiných instalací. Žije s manželem a šesti malými dětmi. Terénní sestra ji přišla na navštívit poté, co byly ve škole u tří dětí zjištěny vši. Během vysvětlování, jak používat přípravek k odvšivení, si sestra všimla, že paní Marta B. trpí neustálým kašlem. Ten prý trvá již dva roky. Sestra po-

soudila kvalitu produktivního kašle, popelavý vzhled matky i její sešlý výraz. Dověděla se také, že Marta B. se snadno unaví. I když díky práci jejího manžela v nedalekých dolech má rodina zdravotní pojištění, porod dětí proběhl doma a nebyla tak dosud příležitost provést Martě B. celkové tělesné vyšetření. Na otázku, proč nepřišla s potížemi na nedalekou bezplatnou kliniku, odpověděla: „Nemoc je Boží vůle, a Bůh mě vyléčí, pokud si bude přát. A navíc moje rodina je přednější, nemám čas chodit k lékaři. Stejně se jim nedá věřit. Moje teta Jana k jednomu šla a za týden potom umřela.“

1. Posuďte, zda paní Marta B. je z hlediska zaměřenosti orientována spíše „na výkon“ nebo „na bytí“ (prožívání). Využijte poznatky, že patří ke kultuře Apalačských hor a nezapomeňte, že každý člověk je jedinečný.

2. Posuďte, jaká je asi vztahová orientace paní Marty B. Vycházejte z odpovědi, kterou poskytla terénní sestře na otázku týkající se praxe léčby.

3. Ze stejné odpovědi vyvoďte, jaký má asi Marta B. postoj k přírodě a přírodním silám. Marta B. patří k hispánskému etniku.

4. Uveďte nejméně tři důvody, proč by se paní Marta B. mohla zdráhat vyhledat a využít lékařskou péči.



3.3 Etické aspekty transkulturního ošetřovatelství

K ZAPAMATOVÁNÍ 22



Etika (morální filozofie) je věda o mravnosti. Je aplikací postupů a teorií morální filozofie na reálné situace. Zabývá se základními principy a koncepcemi, které jsou pro lidské bytosti vodítkem v myšlení i konání, a za nimiž stojí v pozadí uznávané hodnoty.

Etické teorie se pokouší formulovat postupy a mechanismy k řešení etických (morálních) problémů). Etické problémy zahrnují nejčastěji tři principy:

1. *Hodnotu života*. Drahocennost života je všeobecně uznávaným principem.
2. *Kvalitu života* je subjektivní pocit a představuje hodnoty jako zdraví, naplnění potřeby být milován a milovat, možnost využívat všechny schopnosti, apod.
3. *Posvátnost života* vyplývá zpravidla z náboženských postojů.

Cílem ošetřovatelské etiky je vhodným způsobem usilovat o uspokojení nejen terapeutických, psychických, ale také sociálních, kulturních a duchovních potřeb klientů/pacientů. Etika chování je v moderním ošetřovatelství nedílnou součástí profesionálního přístupu ke klientům/pacientům.

Etické aspekty chování jsou vázány na danou kulturu. Kultury mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměrňují v různých situacích, a která se předávají z generace na generaci.



Profese sestry je tradičně spojena s etickými nároky na chování. Nejde jen o odborné znalosti, zručnost a dovednosti, ale také schopnost eticky jednat s lidmi a umět spolupracovat.

Velký okruh problémů ošetrovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný. Když sestra hledá blaho nemocného, nemusí to být totéž jako zájem pacienta a cíl jeho rodiny.

Etický kodex pro sestry (např. ICN 1973) uvádí, že sestra je osobně odpovědná za své kroky a dodržování profesních závazků a žádá se, aby vždy jednala tak, aby to sloužilo zájmům klientů/pacientů a jejich blahu, a aby žádný její čin nebo opomenutí v rámci kompetencí nemělo škodlivé důsledky, pokud jde o zájmy a bezpečí klientů/pacientů.

Od sester se dnes očekává, že se budou vzdělávat tak, aby rozuměly rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a umírání. Mnoha závažným etickým problémům se vyhneme, případně je pomůžeme řešit, když si zachováme otevřený a zvědavý postoj a chováme se s citem, což je aktuální zvláště nyní, kdy mnoho sester cestuje do jiných zemí.

Morální (etický) problém bývá spojen s rozlišováním mezi dobrem a zlem, správným a nesprávným chováním v denním životě. Přežití pacientů a jejich blaho závisí do značné míry na etickém, morálním a právním vědomí zdravotníků, kteří poskytují péči. Vnímavost vůči porušování lidských práv a vůči nespravedlnosti, vyplývající z neetického chování je velmi vysoká.

Morální dilema je situace, kdy člověk čelí dvěma různými alternativám, přičemž ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením daného problému.

Konflikty a dilemata se vyskytují všude tam, kde člověk musí činit rozhodnutí. Čím je těžší předvídat důsledky určitých činů, tím větší je dilema. Někdy je možné dosažení kompromisu. Takový kompromis není možný při rozhodování mezi životem a smrtí.

Náboženské, právní, politické a další faktory by měly sestru zajímat při jejím rozhodování a poskytování *kulturně specifické péče*. Péče by měla být kulturně kongruentní (vhodná, uzpůsobená). Jinak se pacienti a příbuzní mohou cítit poškozeni, pokud dojde k necitlivému narušení jejich kulturních specifíků.

Dnešní klienti/pacienti si jsou vědomi svých práv a jsou připraveni je hájit. (Je žádoucí, aby

při tom nemuseli přistoupit k takovým krokům, jako jsou soudní spory a osobní konflikty.) Proto je nutné si uvědomit, že lepší než vzájemná tenze je spolupráce.

Při hledání společné základny se vyplatí hledat mezi kulturou klienta a zdravotníka podobnosti, podobné symboly, postoje, metafory a archetypy, případně slovní obraty aj. Sestra musí obezřetně zacházet zvláště s citlivými otázkami. Je dobré, aby měla na paměti, že i v rámci jedné kultury mohou být odlišnosti mezi jednotlivými sociálními třídami či mezi muži a ženami.

Kulturní rozhled pomáhá snižovat etický stres a množství konfliktů. Je žádoucí naslouchat, když klient vysvětluje proč se chová právě tak, jak se chová. Sestry si musí uvědomit, že např. střeoevropská kultura není jedinou normou. Kulturní otázky v souvislosti s péčí a ochranou života se vynořují na celém světě ve všech kulturách. Sestry by se vždy měly vyhnout unáhleným úsudkům, pokud jde o jednání pacientů. Ti na druhou stranu mohou z nevstřícného jednání sestry cítit obavy, že špatně interpretují jejich postoje, případně jim neposkytnou vhodnou péči.

Základem úspěšné *kulturně specifické péče* je pečlivé zhodnocení klientů a jejich rodin v jejich domácím prostředí. Při rozboru těchto informací se členy rodiny sestry může stanovit cíle, které oběma stranám vyhovují.

Kulturní hodnoty formují způsob, jakým se člověk ve zdraví a nemoci zachová, jak se postará o udržení svého zdravotního stavu, jak bude pečovat o druhé, a kdy a u koho bude hledat pomoc. Při předávání kulturních hodnot hraje důležitou roli rodina. Vzhledem k tomu, že rodina má primární význam v péči o zdraví jedince, dělí se fungující rodiny o své obvyklé hodnoty směřující k naplnění potřeb jednotlivých členů. Sestra by měla vždy zjistit, do jaké míry je rodina sama schopna a ochotna se o sebe postarat. Z toho je pak možné odvodit, jakou vnější pomoc a intervence bude muset provést zdravotnický personál.

Rodina je zpravidla nejdůležitější sociální jednotkou člověka a v jejím rámci se odehrává nemoc i léčba, podpora a udržování zdraví. Řada tradičních kulturně sociálních zvyklostí klade důraz na posílení soudržnosti rodiny, některé hodnoty mají přitom větší, jiné menší význam – vytváří se zde hierarchie priorit. Pokud komunitní sestry rozpozná a využije potenciál rodiny, vede to k posílení zdraví, což má velký etický význam.

K ZAPAMATOVÁNÍ 23



Ošetřovatelství má kulturní charakter. U sester se může projevat i určitou mírou *etnocentrismu* jež je vlastní všem kulturám a společnostem. Je to přesvědčení, že vlastní kultura je nadřazená všem ostatním, že náš náhled na svět, naše kulturně determinované způsoby vnímání, chování, naše instituce jsou jediné správné.

Morální (etický) problém bývá spojen s rozlišováním mezi dobrem a zlem, správným a nesprávným chováním v denním životě.

Velký okruh problémů ošetřovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný.

Morální dilema je situace, kdy sestry čelí dvěma různými alternativami, přičemž ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením daného problému.

Etický kodex pro sestry (např. ICN 1973) uvádí, že sestry jsou osobně odpovědné za své kroky a dodržování profesních závazků a žádá se, aby vždy jednala tak, aby to sloužilo zájmům klientů/pacientů a jejich blahu, a aby žádný její čin nebo opomenutí v rámci kompetencí nemělo škodlivé důsledky, pokud jde o zájmy a bezpečí klientů/pacientů.

Od sester se dnes očekává, že se budou vzdělávat tak, aby rozuměly rozmanitým kulturním postojům k lidské podstatě tzn. etice narození, života a umírání.

KONTROLNÍ OTÁZKA 8



Který dokument specifikuje morální odpovědnost sestry za ošetrovatelskou praxi ?

3.3.1 Právo klientů/pacientů na respektování jejich kultury

Evropské shromáždění Světové zdravotnické organizace o právech pacientů schválilo v Amsterdamu ve dnech 28. – 30. března 1994 dokument: *Principy práv pacientů v Evropě – všeobecný rámeček*. Je to soubor zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v členských státech Evropské unie. Podmínky v jednotlivých zemích jsou různé a závisí na legislativě, systému zdravotní péče, kulturních a mravních hodnotách, ale je zde i určitý společný přístup, který se může vhodně přizpůsobit v každé zemi. Na několika místech tohoto dokumentu je zdůrazněno, že při poskytování zdravotnické péče je nutné respektovat kulturu pacienta.

V oddílu 1) *Lidská práva a hodnoty zdravotní péče* se v bodě 5) říká: „Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení“.

V oddílu 2) *Informovanost* se v bodě 4) zdůrazňuje: „Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Pokud pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci (překlad).“

V oddílu 5) nazvaném *Péče a léčba* se v bodě 8) říká: „Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a hierarchii hodnot.“

Mezinárodní kodex sester (ICN z roku 1973) uvádí, že při poskytování péče sestra „podporuje prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jednotlivců a činí vhodné kroky k jejich ochraně, pokud jsou ohroženy. Ošetrovatelství tak podporuje nejen přínos individuálního dobra, ale i přínos dobra obecného.“



K ZAPAMATOVÁNÍ 24



Při ošetrování pacientů se může sestra dostat do konfliktu s různými hodnotami a profesním očekáváním. Vážít si víry, tradic a hodnot pacienta může vytvořit etickou tenzi v situaci, kdy se tyto hodnoty dostanou do konfliktu s profesními povinnostmi. Každá situace vyžaduje od sestry, aby si znovu v kontextu etických požadavků profesní praxe uvědomila svou primární odpovědnost vůči lidem, kteří potřebují péči.

KONTROLNÍ OTÁZKA 9

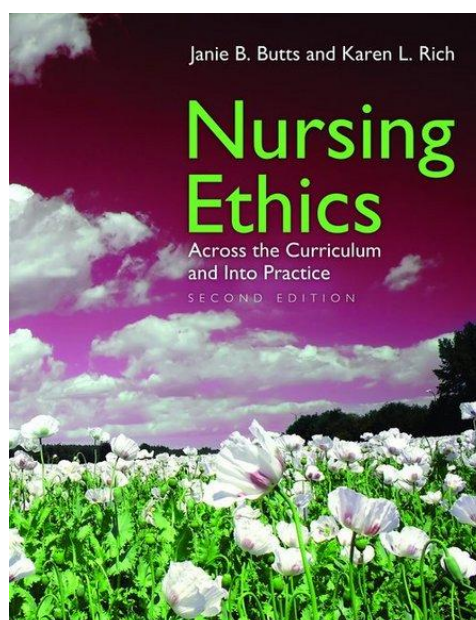
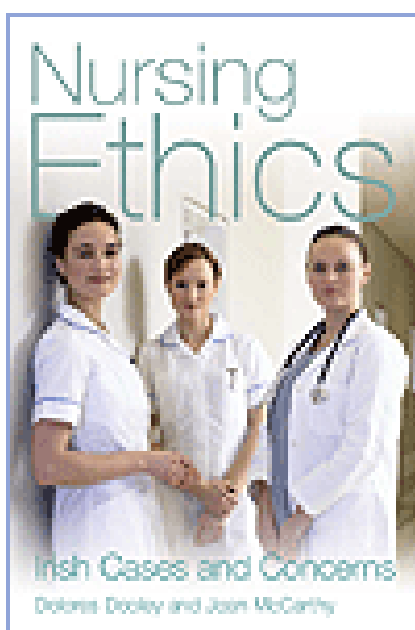


Jaký je název dokumentu z roku 1994 na podporu a uplatňování práv pacientů v členských státech Evropské unie?

3.3.2 Etické povinnosti a etická odpovědnost sestry

Etické povinnosti a etická odpovědnost sestry se vztahují na všechny role, které sestry plní. V rámci multikulturního přístupu by sestra měla plnit základní etické povinnosti mnohem citlivěji než v kontaktu s pacientem stejné kulturní a etnické příslušnosti.

Každý pracovník ve zdravotnictví by si měl osvojit základní etické pojmy, aby mohl eticky rozhodovat. Tyto pojmy ilustrují etické tradice a standardy procházející historií ošetrovatelství. Jsou to: *obhajoba; odpovědnost/povinnost; spolupráce a vlastní péče;*

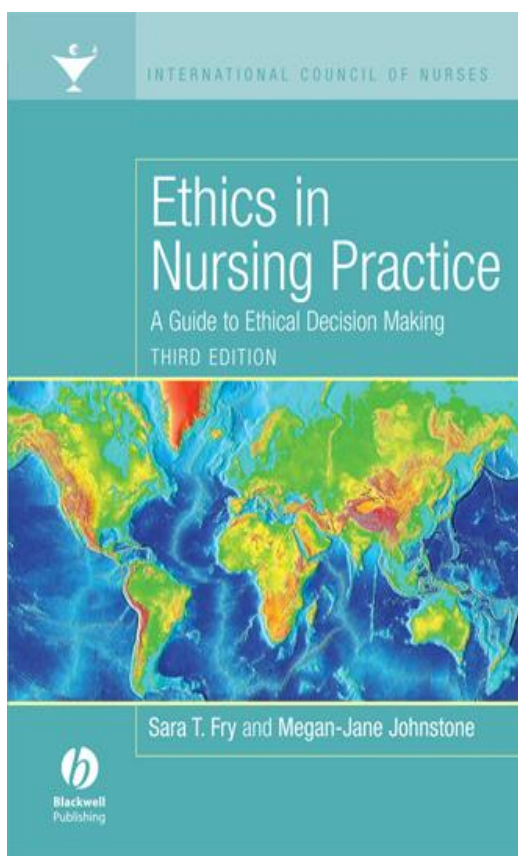


Obhajoba se často definuje jako aktivní podpora důležitého případu. V právním kontextu termín obhajoba znamená obranu základních lidských práv jménem těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Některé nemocnice v rozvinutých zemích například zaměstnávají obhájce práv pacientů (ombudsmana). Ti obhajují práva těžce nemocných, kteří nejsou schopni nahlas sdělovat své obavy nebo svá rozhodnutí. Termín obhajoba se také používá k popisu vztahu mezi sestrou a pacientem.

Termín *obhajoba* v ošetrovatelství bývá interpretován, například jako:

- *Model ochrany práv*, kdy sestra je chápána jako obránce práv pacienta v systému zdravotní péče. Sestra informuje pacienta o jeho právech, má za úkol se ujistit, že pacient těmto právům rozumí, informuje o porušení těchto práv a snaží se předcházet jejich dalšímu porušování. Tato interpretace pohlíží na sestru jako na arbitra lidských a morálních práv pacienta.
- *Model rozhodování založený na hodnotách*, ten chápe sestru jako osobu, která pomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách, zájmech a rozhodnutích vznikajících v souladu s hodnotami a životním stylem pacienta. Sestra pacientovi nevnucuje rozhodnutí nebo hodnoty, ale pomáhá mu rozhodovat se na základě pozitiv a negativ nejvíce odpovídajících jeho přesvědčení a hodnotám.

- *Model respektu vůči lidem*, ten pohlíží na pacienta jako na člověka, který by měl být respektován. Jako obhájce musí sestra nejprve zvážit základní lidské hodnoty pacienta a pak jednat na ochranu pacientovy lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí. Když pacient není schopen vlastního rozhodování, obhájce sestra jeho pohodu tak, jak ji pacient definoval předtím, než onemocněl nebo tak, jak ji definují členové jeho rodiny nebo jeho zástupci v rozhodování. Sestra zvažuje způsob, kterým chrání během nemoci významné lidské hodnoty pacienta a uvědomuje si, že za tuto důležitou roli obhájce je zodpovědná jak společnosti tak i své ošetrovatelské profesi.



Odpovědnost: pojetí tohoto termínu může mít dva významy:

- a) jako skutečná odpovědnost; a
- b) jako povinnost.

Sestra je zodpovědná za to, jak plní své povinnosti v oblastech: 1. podpory zdraví; 2. předcházení vzniku onemocnění; 3. navrácení zdraví; a 4. zmírňování utrpení.

Odpovědnost je velmi důležitý etický princip, protože ošetrovatelská praxe zahrnuje nejen vlastní péči, ale i vztahy mezi sestrou a pacientem.

Tím, že si sestra zvolila své povolání k poskytování ošetrovatelské péče, vzala na sebe odpovědnost, že ji bude poskytovat v souladu se standardy praxe a s morálními hodnotami.

Právní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi je specifikována zákony-legislativou.

Morální odpovědnost za ošetrovatelskou praxi je specifikována etickým kodexem.

Péče (poskytování ošetrovatelské péče) - etický význam tohoto slova má ve vztahu pacienta a sestry důležitou hodnotu, protože tato činnost je zpravidla považována za základ ošetrovatelských rolí.

Výzkum americké profesorky ošetrovatelství Madelaine Leiningerové prokazuje, že péče má přímý vztah k lidskému zdraví. Uvádí, že antropologické údaje o dlouhém přežití lidí nás vedou

k úvaze o roli péče v evoluci lidstva, že rozdílné ekologické, kulturní, sociální a politické kontexty ovlivnily zdravotní péči o lidskou populaci a přežití lidské rasy.

Výzkum Madelaine Leiningerové rovněž dokazuje, že péče, která slouží ke snížení interkulturních stresů a konfliktů praktikují, všechny kultury a komunity. Takové jednání také chrání přežití lidstva.

Pokud se hodnotí etický význam péče z hlediska role multikulturního ošetřovatelství, tak rovněž i zde jsou obsaženy dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry: *ochrana lidské důstojnosti*; a *udržování zdraví lidí*.

Péče se často identifikuje s morálními nebo sociálními atributy, jako například s lidskou potřebou být někým ochraňován nebo někoho ochraňovat, nebo s potřebou lásky. V kontextu zdravotní péče, která slouží potřebám komunity, se v ošetřovatelské praxi tyto morální a sociální atributy objevují. Péče je proto etickým závazkem, a ne pouze instrumentálním znakem lidského konání. Péče v daném kontextu etického závazku znamená specifickou povinnost, kterou lidé mezi sebou uskutečňují.

Víra a kulturní přesvědčení pacientů, případně i ostatních zdravotníků může omezovat odpovědnost sester za podporu zdraví.

Pacienti například mohou přisuzovat větší hodnotu své víře a postupům podporovaným jejich kulturou a nikoliv hodnotám, které prezentují sestry a zdravotnická zařízení. V takových situacích hrají sestry důležitou roli obhájkyň svých pacientů především tím, že podporují hodnoty a volbu pacientů a obhajují základní právo: být respektován jako nezávislá osoba řídící svůj vlastní osud.

Situacím, kdy dochází ke konfliktu hodnot, se nelze vyvarovat. Pro sestry však mohou být příležitostí, jak sdílet s pacienty (cizinci) hodnotové problémy, jak se zapojit do zdravotní výchovy a pomoci při volbě, která bude odpovídat jejich hodnotám.

Podpora zdraví od sester vyžaduje, aby eticky zvažovaly každé opatření. Každá situace pacienta má kulturní, sociální a politické dimenze, které neznamenají pro sestry jen etickou povinnost, ale jsou výzvou k úsilí podporovat zdraví.

Konflikt hodnot - každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci. Každá kultura a každé etnikum má své pojetí toho, co považuje za „normální jednání“. Etická povinnost usilovat o obnovu zdraví často dává možnost vzniku konfliktů hodnot v ošetřovatelské praxi. Náboženské a kulturní hodnoty pacientů mohou narážet na hodnoty sester jako např. podporovat dobro pacienta a přitom léčit všechny pacienty stejně. Při poskytování péče v cizí zemi ve zcela jiném kulturním prostředí nebo při poskytování péče cizinci pacientovi v našem kulturním prostředí by se sestry měly seznámit se systémem kulturních hodnot dané země či prostředí, aby pak mohly naplňovat své etické poslání.

K ZAPAMATOVÁNÍ 25

Právní odpovědnost za ošetřovatelskou praxi je specifikována zákony-legislativou.

Morální odpovědnost za ošetřovatelskou praxi je specifikována etickým kodexem.



DEFINICE 3-2

Péče je přirozený stav lidské existence, který je typický pro každého člověka. Je to primární cesta, která spojuje člověka se světem.



3.3.3 Etické zásady a principy transkulturní péče

K ZAPAMATOVÁNÍ 26



Mezi etické zásady transkulturní ošetrovatelské péče patří:

1. Zásada morální spravedlnosti a ekvity (rovnosti)
2. Zásada kulturní ohleduplnosti a dodržování lidských práv
3. Zásada obecného prospěchu – konání k prospěchu člověka
4. Zásada sloužit druhým a chránit je před destruktivními vlivy
5. Zásada dostatečně častého monitorování etických a morálních veličin tak, aby pomohly rozlišovat mezi potřebami různých kultur



Základní etické principy v transkulturním ošetrovatelství:

- *Autonomie* – je etický princip, který poukazuje na to, že by každý měl mít právo určovat své vlastní chování a jednání podle etických struktur, které si osvojil. Ctít autonomii jednotlivce znamená připustit jeho volby, které provádí podle osobních hodnot a přesvědčení. V transkulturním kontextu to znamená, že autonomie jedince bude ovlivněna jeho sociokulturním kontextem, včetně náboženství. Autonomní klienti/pacienti mohou dle svého uvážení přesunout odpovědnost za rozhodování na jinou osobu – v některých etnických skupinách je to běžné.
- *Beneficence – prospěšnost*: Je to závazek konat dobro a vyhnout se působení škod nebo újmy. Sestry jsou vázány povinností podnikat jen takové kroky, které prospívají pacientovi. Někdy to znamená nezůstat nečinný, neboť takové zanedbání by mohlo samo působit ublížení.
- *Důvěryhodnost* – je definována jako povinnost zůstat věrný svým závazkům a pevně se jich držet. Tyto závazky vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče. Jde např. o dodržování slibů a zachování soukromí citlivých dat. Moderní ošetrovatelství také zdůrazňuje, že by sestra měla působit jako obhájkyňe pacienta a jeho práv. Důvěryhodnost je zakotvena i v etickém kodexu. Zastávání se práv pacienta může někdy přivést sestru do konfliktu s jinými členy týmu (zvláště pokud jsou kulturně jinak profilováni) – sestra však zastává práva pacienta např. tam, kde pacient nemůže sám sebe prosazovat a vyjádřit se (např. kvůli bezvědomí), ale zapsal předem svou vůli, jak se má postupovat při léčbě a ošetrování v případě, že nebude schopen mluvit sám za sebe.
- *Spravedlnost* – je princip vyžadující rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci, a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že pokud mají pacienti stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně.
- *Pravdomluvnost* - je závazek říkat druhým pravdu a neklamat je. V jistém smyslu se dá mlu-

vit i o pravdivosti vůči sobě samému. Pravdomluvnost je oceňována v řadě kultur a v jejich tradičních hodnotách. Je něčím, co druhým „dlužíme“, čím jsme jim povinováni. Pravdomluvnost však není ve všech kulturách chápána stejně. Sdělování pravdy rodině má někdy přednost před sdělováním pravdy pacientovi. Rodina pak případně může informaci před pacientem neodtajnit.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 23



Vyjmenujte a specifikujte základní etické principy v transkulturním ošetřovatelství.

3.3.4 Součástí kulturního hodnocení – zásady sběru dat a informací

Důležitou součástí transkulturního ošetřovatelství je sběr a vyhodnocování dat souvisejících s danou kulturou, včetně tradičních hodnot a zvyklostí.

Zásady kulturního hodnocení:

1. brát v úvahu kulturní kontext a faktory prostředí, které mají vliv na formování osobnosti a jejich schopností
2. najít východiska, která stojí v pozadí daného kulturního kontextu
3. vhodně interpretovat význam a smysl daného chování
4. zvážit intrakulturní rozmanitost (klienti jedné kultury se nemusí chovat stejně)

Hlavní součástí kulturního hodnocení:

- *Rodinné a příbuzenské systémy:* Je rodina nukleární, rozvedená nebo smíšená? Žijí členové rodiny spolu? Jaké jsou role a postavení jednotlivých členů rodiny (podle věku a pohlaví) ?
- *Sociální život:* Jaký je denní program skupiny: Jaké jsou důležité události životního cyklu (narození, manželství smrt, atd.). Jak je organizován výchovný systém? Jaké sociální problémy prožívají ve skupině? Jak sociální prostředí přispívá k pocitu sounáležitosti? Jaké jsou modely vzájemného ovlivňování? Jaké jsou běžné stravovací návyky?
- *Politický systém:* Které faktory z politického systému ovlivňují způsob vnímání postavení skupiny tváří v tvář dominantní kultuře, tj. zákonům, soudům, spravedlnosti a „kulturním hrdinům“? Jak ekonomický systém ovlivňuje kontrolu zdrojů, jako je půda, voda, bydlení, práce a příležitosti?
- *Jazyk a tradice:* Jaké jsou rozdíly v mluveném jazyce mezi zdravotnickými profesionály a kulturní skupinou? Jak mohou kulturní tradice většiny, tj. historie, umění, drama atd. ovlivňovat kulturní identitu skupiny? Jaké jsou společné modely jazyka vzhledem k verbální a neverbální komunikaci? Jak je využíván osobní prostor ke komunikaci?
- *Světový pohled, orientační hodnoty a kulturní normy:* Jaké jsou kulturní hodnoty většiny ve vztahu lidí k přírodě a k sobě navzájem? Jak můžeme popsat morální zásady skupiny? Jaké jsou normy a zásady chování (autorita, odpovědnost, závislost, soutěživost)? Jaké jsou kulturní postoje k času, práci a odpočinku?
- *Náboženství:* Jaké jsou náboženské zásady a praktiky skupiny? Jak souvisí se zdravotní praxí? Jaké jsou rituály a zákazy obklopující hlavně životní události, jako jsou narození a smrt?
- *Zdravotní zásady a praxe:* Jaké jsou skupinové postoje a víra s ohledem na zdraví a nemoc?

Existují biologické odlišnosti důležité pro zdraví této skupiny?

Sestry by se měly zajímat i o změny těchto aspektů v průběhu času. Při vzájemném působení kultur dochází někdy k procesu *asimilace* a *akulturace*, ale možná je i vzájemná *rezistence*, která takové změny nepřipouští. Komunity a rodiny se v různé míře přidržují svých generačních hodnot i v otázkách týkajících se zdraví.

Míra, v jaké se uplatňují tradiční hodnoty dané komunity a daného klienta, závisí mimo jiné na tom: nakolik je vystaven vlivu médií ve svém novém prostředí; na míře osvojení si cizího jazyka hostitelské země; na velikosti komunity, k níž klient náleží – odvíjí se od ní množství kontaktů vně i uvnitř skupiny.

Klienti si v cizí zemi často nevědí rady, jak postupovat při vyhledávání zdravotnických služeb. Je prospěšné, když sestry aktivně nabízejí těmto skupinám kulturně specifickou péči. Veškerá zdravotní doporučení bývají snáze přijímána tam, kde nejsou atakovány tradiční hodnoty společenství.

K ZAPAMATOVÁNÍ 27



Sestra by si měla při hodnocení jednotlivců a rodin všimnout těchto aspektů:

- rodinné role, struktura domácnosti, dynamika rodiny, komunikační vzorce a rozhodování v rodině;
- přesvědčení, týkající se původu nemoci, léčby, praxe lidových léčitelů;
- denní režim, práce, odpočinek;
- sociální sítě, přátelé, sousedé a jejich vliv na zdraví;
- náboženské preference, které mají vliv na pojetí zdraví a nemoci, na terapii i všední život, různá tabu;
- kulturně tolerované projevy chování, vhodné reakce na hněv, soutěživost a spolupráci;
- vztahy mezi pohlavími, vztah se zdravotnickým personálem.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 24



Vyjmenujte hlavní zásady kulturního hodnocení.

Vyjmenujte a specifikujte hlavní součásti kulturního hodnocení – sběru dat a informací.

Vysvětlete pojmy asimilace a akulturace.

ČÁST PRO ZÁJEMCE 1



Příloha:

Zdravotnickým zařízením můžeme doporučit následující dotazník:

Dotazník pro zahraničního pacienta: transkulturní hodnocení osobnosti

Vážený kliente, zdravotničtí pracovníci, kteří o Vás pečují, chtějí, co nejlépe porozumět Vaším hodnotám a postojům. To jim umožní poskytovat kulturně přiměřenou péči. K tomu slouží i tento dotazník.

Základní informace o původu:

Kde jste se narodil (a)?

Jak dlouho již pobýváte v této zemi?

1. Získal(a) jste ve své domovské zemi nějaké formální vzdělání?
2. Jaké je místo narození členů Vaší rodiny?

Vztahy:

1. Kdo činí ve Vaší rodině zásadní rozhodnutí?
2. Koho počítáte ke své rodině?
3. Kdo by měl podle Vás činit rozhodnutí ohledně Vašeho zdraví?
4. Koho byste pověřil(a) za Vás rozhodnout, kdyby Vám bránil špatný zdravotní stav, bezvědomí, apod.?

Komunikace:

1. Který jazyk považujete za svůj mateřský?
2. Umíte ve svém rodném jazyce číst i psát?
3. V kterém jazyce by Vám pokud možno měly být sdělovány lékařské informace a další informace týkající se Vašeho zdraví?

Kulturní vazby, náboženské vazby, postoje k nemoci:

1. Jaké kulturní tradice dodržujete ve Vaší rodině?
2. Hlásíte se k náboženství? Pokud ano, k jakému?
3. Ovlivňuje Vaše kulturní a náboženské přesvědčení Váš postoj ke zdravotní péči? Ovlivňuje Váš postoj k prevenci nemocí a k léčbě? Pokud ano, jak?
4. Jak byste charakterizoval(a) Váš zdravotní stav?
5. Máte nějaké potíže, které by vyžadovaly pozornosti?
6. Jak dlouho Vás tyto potíže trápí?
7. Jaké domácí způsoby léčby na ně aplikujete?
8. Ovlivňují uvedené potíže Vaši schopnost pracovat a plnit další závazky?
9. Která Vaše kulturní a náboženská přesvědčení, hodnoty a postoje bychom měli v průběhu léčby respektovat?

Jiné:

Existuje ještě něco jiného, co byste nám chtěl sdělit a co by pomohlo personálu o Vás citlivě pečovat?

Pomůckou k pochopení vlastních hodnot a postojů zdravotnického personálu může být následující seznam otázek:

KROK 1: Vezměte si papír asi velikosti kartotéčního lístku:

- Doprostřed lístku napište své jméno.
- Pod své jméno napište slovo či větu, které Vás nejlépe vystihují.

- Do jednoho rohu napište název nejlepší knihy, jakou jste kdy četli. Volbu zdůvodněte.
- Do dalšího rohu napište činnost, kterou umíte dobře vykonávat.
- Do třetího rohu napište, co byste rádi uměli lépe.
- Do posledního rohu napište dvě hodnoty z dob svého dětství:
 - a) Doplněte jméno člověka, který Vás těmito hodnotám naučil.
 - b) Ovlivňují Vás ještě dnes? A jak?
 - c) Pokud ne, vysvětlíte proč?

KROK 2: Nyní uvedené údaje promyslete:

- Změnily se Vaše hodnoty od doby dětství?
- Které hodnoty se změnily? A proč?
- Které hodnoty se nezměnily? A proč?
- Seřadte své hodnoty podle priorit. Které budou ovlivňovat Vaše rozhodování v etických otázkách?
- Nyní znovu napište, jaké slovo nebo věta by Vás nejlépe charakterizovaly.

KROK 3: Vyměňte si svůj lístek s kolegou, pacientem apod., nejlépe s někým, kdo pochází z jiné kultury a geografické oblasti. Spolu proberte následující otázky:

- Jsou Vaše hodnoty podobné? A proč?
- Liší se? Proč?
- Vedly by k etickému konfliktu?
- Proberte se svým protějškem své pocity, které souvisejí s profesním kontaktem s lidmi odlišných hodnot. Zamyslete se nad hodnotami lidí z jiných kultur.

Uvedenou techniku lze využít i při seznamování se s pacientem, kterého máme v péči a který pochází z odlišného kulturního prostředí. Pomáhá to porozumět sobě i druhým.

DALŠÍ ZDROJE



KOLEKTIV: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství.* Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s. 66 -79

IVANOVÁ,K., ŠPIRUDOVA,L., KUTNOHORSKÁ,J.: *Multikulturní ošetrovatelství I.* Praha:Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-1212-1 s.43 - 60



3.4 Komunikace v transkulturním ošetřovatelství

DEFINICE 3-3



Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako vzájemné předávání informací mezi lidmi. Základem komunikace je mezilidské spojení, to znamená, že přenos probíhá od člověka k člověku.

Komunikaci obecně rozumíme způsob, jakým lidé navazují kontakt a sdělují si své myšlenky, citové zážitky a postoje.

K ZAPAMATOVÁNÍ 28



Znalost cizího jazyka vyžaduje:

1. Schopnost mluvit v cizím jazyce.
2. Pochopení významu slov cizího jazyka.
3. Schopnost číst v cizím jazyce.
4. Schopnost písemně komunikovat v cizím jazyce.

Polovina lidstva na zeměkouli mluví jen deseti nejrozšířenějšími jazyky:

čínštinou (962 milionů), angličtinou (322 milionů), španělštinou (266 milionů), bengálštinou (189 milionů), hindštinou (182 milionů), portugalštinou a ruštinou (170 milionů), japonštinou (125 milionů) a němčinou (98 milionů). (National Geographic, srpen, 1999).

V *interkulturní komunikaci* existují dvě vrstvy: jedna je verbální spjatá s jazykem, s jehož pomocí se komunikuje, a druhá je spjatá s konvencemi a rituály, které doprovázejí sociální styk.

Druhá vrstva interkulturní komunikace je neverbální a bývá také označována jako *komunikační etiketa*.

Podle charakteru prostředků a způsobu zprostředkování se komunikace dělí komunikace na *verbální* a *neverbální*.

Verbální komunikaci rozumíme dorozumívání se pomocí slov. Jde přitom o výběr, kombinování a produkci jazykových znaků. Sdělení jsou tedy kódovaná do mluveného nebo psaného textu. Jako přenos slouží akustický a optický kanál. Verbální komunikace je zprostředkována jazykem a jeho významem. Jazyk je soubor zvláštních předpokladů řečového jednání, jehož nositelem je jednotlivec i určitá společenská skupina, například národ. Jazyk má obrovský vliv na porozumění mezi etniky, národy a rasami. Spisovný jazyk je jedním ze tří kritérií kultury.

Kultura, etnicita a jazyk jsou vzájemně propojeny mnoha závislostmi. Odlišnosti etnických skupin a kultur jsou obvykle doprovázeny rozdílností jazyků. Jazyk se vyvíjí spolu s lidskou civilizací jako způsob lidské komunikace.

Slovo jazyk má tři lingvistické významy:

- Systém pravidel – například schopnost mluvit mnoha jazyky, ovládat jejich pravidla.
- Osobnostní výbava pro řečovou komunikaci – jde o pestrost výrazů používaných při mluvení.
- Prostředek dorozumívání - systém kódování a dekodování zpráv do stejných výrazů („nenašli společný jazyk“).

Jazyk je pro nás především prostředkem na dorozumívání se, prostředkem, který umožní najít s komunikačním partnerem „společnou řeč“. Společným jazykem se dorozumíváme tehdy, když používáme pojmy, které mají blízký obsah, a slova, která jsme použili, se nám v mysli dekódují se stejným subjektivním významem. Při komunikaci v multikulturním prostředí je schopnost najít společnou řeč obzvláště složitá. Je třeba připomenout, že podle odhadů se dnes na světě mluví 6000 různými jazyky. Naproti tomu polovina lidstva na zeměkouli mluví jen deseti nejrozšířenějšími jazyky: čínštinou (962 milionů), angličtinou (322 milionů), španělštinou (266 milionů), bengálštinou (189 milionů), hindštinou (182 milionů), portugalštinou a ruštinou (170 milionů), japonštinou (125 milionů) a němčinou (98 milionů). (National Geographic, srpen, 1999).

Cizojazyčná komunikace je řečový proces, který zprostředkuje vzájemné informace lidí. Tlumočení je specifický druh převodu textu ústní výpovědi z jednoho (cizího nebo mateřského) jazyka do druhého. Různorodost jazyků vždy způsobovala problémy při dorozumívání lidí, když se setkali. Profese tlumočnicka/překladače patří proto k nejstarším na světě. Jednotlivé jazyky nesou s sebou nejen jiná slova, ale i odlišné nazírání na svět. Lidé sice mohou technicky zvládnout jiné jazyky, přesto neporozumí kultuře národa či etnika, které je s ním spjaté. Vznikají *interkulturní* komunikační bariéry.



Lidé se nedorozumívají jen pomocí slov, ale také pomocí celé řady různých projevů, které můžeme souborně nazvat *mimoslovní* či *neverbální komunikace*.

Neverbální komunikaci tvoří opticko-kinetický systém znaků. Sdělení kódujeme do gest, mimičky, vzájemné vzdálenosti, doteků, pohybů, oblečení aj. Přenos se děje především optickým a taktilním kanálem.

V *interkulturní komunikaci* existují dvě vrstvy: jedna je spjatá s jazykem, s jehož pomocí se komunikuje, a druhá je spjatá s konvencemi a rituály, které doprovázejí sociální styk.

Tato druhá vrstva komunikace je neverbální a bývá také označována jako *komunikační etiketa*. Problémy vznikají tehdy, když účastníci interkulturní komunikace ovládají příslušný jazyk, avšak neznají nebo nerespektují komunikační etiketu svých partnerů. Neverbální komunikace je nejpůvodnější způsob sociálního chování.

Význam neverbálních znaků je podmíněn:

- kulturou
- dobou
- sociální skupinou
- prostředím

Druhy neverbální komunikace se obvykle liší: prostředky, kterými se aktér vyjadřuje:

- mimika
- proxemika
- haptika
- posturologie
- kinetika
- gestika
- pohledy
- paralingvistika
- úprava zevnějšku

Podle druhu komunikačního kanálu, dráhy, kterou komunikace probíhá. Jde o druh smyslového orgánu, kterým příjemce neverbální signál dekoduje. Rozlišujeme tyto kanály:

optické – gesta, pohledy, dotyky

taktilní – dotyky

akustické – parajazykové projevy

čichové – vůně, pachy

chutňové

K neverbální komunikaci patří i jiné signály, např.: pohybová řeč hluchoněmých, účelové pohyby (např.: pohyby při řízení auta, zapalování cigarety), řeč tance, řeč výtvarných a uměleckých děl, signály v dopravě, řeč masek, čtení stop, apod.

K rozporu v interkulturální komunikaci může docházet tehdy, když žijí vedle sebe v jednom státě různé kultury (např. USA). I když používají tentýž jazyk k vzájemnému dorozumívání se, jejich kultura výrazně ovlivňuje jejich neverbální komunikaci. Například u jihozápadních amerických indiánů je pokládán za projev neúcty přímý pohled do očí mluvčího. Jestliže chodí dítě z této kultury do školy, kde má anglickou učitelku, může se při konverzaci s ní vyhýbat přímému pohledu do jejích očí. Učitelka neznalá kulturní podmíněnosti může právě toto pokládat za projev neúcty, pokus o lež nebo nečestnost.



3.4.1 Vybrané odlišnosti verbální komunikace v multikulturním prostředí

Oslovování klienta/pacienta:

Základní zásada při oslovování klientů z jiné kultury ve zdravotnické praxi je zeptat se, jak si přeje být klient oslovován. Jednotlivé kultury mají odlišné způsoby při vzájemném oslovování. V závislosti na tom, zda jde o oslovování na veřejnosti nebo v soukromí. Zda se setkáváme s danou osobou pravidelně, nebo jen zřídka. V Čechách, Polsku, Rakousku, Německu, Maďarsku či Slovensku je upřednostňované formální oslovení s nadměrným používáním titulů. Nejvíce je to viditelné ve školství, ale také ve zdravotnictví. V naší zdravotnické praxi není slyšet příjmení při oficiálním oslovování. Pouze „...pane doktore, pane docente..., sestro...“ Naproti tomu například na vysokých školách ve Finsku, Švédsku a Norsku je oslovování pedagogů formálně příjmením nebo neformálně křestním jménem.

V americké ošetrovatelské literatuře se často objevuje kritika, že Američané jsou pohodlní a oslovují všechny, včetně pacientů, křestním jménem. Dalším důvodem, proč se zeptat klienta, jak si přeje být oslovován je, že obvykle při vyslovování cizího jména ho nevyslovujeme zcela správně. Když nás klient naučí, jak ho oslovovat, vyhneme se tím nejen chybě, ale také je to způsob jak navázat vztah s klientem a dát mu najevo, že máme o něj zájem.

Třetím důvodem je, že někdy jsou cizí jména tak složitá, že nedokážeme odhadnout, které je příjmení. V Jižní a Severní Koreji si píšou obyvatelé jako první příjmení, pak střední jméno a nakonec křestní jméno. Tak se předchází případným omylům v identifikaci. Podobný systém tvorby jména je i ve Vietnamu.

Zatímco naše kultura používá téměř výhradně jedno křestní jméno, jiné kultury mohou mít i více křestních jmen. Také oslovování u Rusů má své zvláštnosti. V ruském systému přiřazování jmen je jasný vztah mezi otcem a dětmi. Matčino jméno se vynechává. Jméno dítěte pak tvoří křestní jméno, které dostává při narození, jméno otce a příjmení otce. Např.: Lev Nikolajevič Tolstoj. Při oslovování je běžné používat vlastní jméno se jménem otce.

Mělo by být samozřejmostí, že se klientovi/pacientovi také my sami představíme a řekneme mu, jak si přeje být oslovován.



Tykání a vykání

V českém jazyce se k vyjádření zdvořilosti používá množné číslo. Obdobně je to u všech slovanských jazyků. I německy mluvící země znají rozdíl v tykání a vykání. Pro vyjádření vykání je používán tvar třetí osoby množného čísla. V písemném styku je od běžného tvaru „oni jsou“ – „sie sind“ odlišeno velkým písmenem – „Sie sind“. V ruském jazyce nalezneme stejnou podobu jako u nás. Pro tykání se užívá „ty byl“ a pro vykání „vy byli“. Rovněž ve francouzštině se setkáváme s podobným gramatickým principem jako v češtině. Výraz „tu es“ znamená „ty jsi“ a „vous etes“ překládáme jako „vy jste“. Jiné jazyky např.: angličtina používá pro jednotné i množné číslo stejný tvar „you are“. Zdvořilostní vykání se přímo nepoužívá. Chceme-li člověku

vyjádřit větší úctu, použijeme oslovení pane (Mr.) nebo paní (Mrs.), případně slečno (Miss). V případě, že chceme vyjádřit blízkost a dostat se na úroveň našeho tykání, použijeme oslovení křestním jménem. Ve vietnamštině např. neexistují slova „já“ a „ty“. Vyjadřování těchto významů závisí na situaci. Vyjadřování úcty se mění podle toho, zda se jedná o osobu na téže věkové úrovni, osobu starší, nebo mladší, než je mluvčící.



Rozdíly ve slovní zásobě a ve vyjadřování

Specifika češtiny: například názvy měsíců (leden, únor, březen...), které jsou i pro cizince rozumějícího česky složité. V tomto případě je vhodnější používat čísla (např. Kontrola bude 11. února 2002 – nesprávně. Kontrola bude 11.2. 2002 – správně. Nebo specifické udávání číselné hodnoty v češtině od 1100 – 1900. Čech přečte 1200 jako dvanáct set, pro Angličana je to jeden tisíc dvě stě (one thousand two hundred), pro Němce ein Tausend zweihundert, pro Slováka tisíc dvesto).

Jednotlivé kultury mají také rozdíly ve slovní zásobě. Tyto rozdíly jsou podmíněné jednak geograficky, způsobem života, a také kulturně. Například etnika severských oblastí (Eskymáci, Laponci) používají velmi podrobné názvy pro pojmenování sněhu, ledu, ryb, které se v jiných jazycích ani nevyskytují. Etnika v rovníkové oblasti mají naopak množství výrazů pro písek, velbloudy a téměř žádný výraz pro sníh. Překladatelé tu musí nahradit chybějící výrazy jinými.

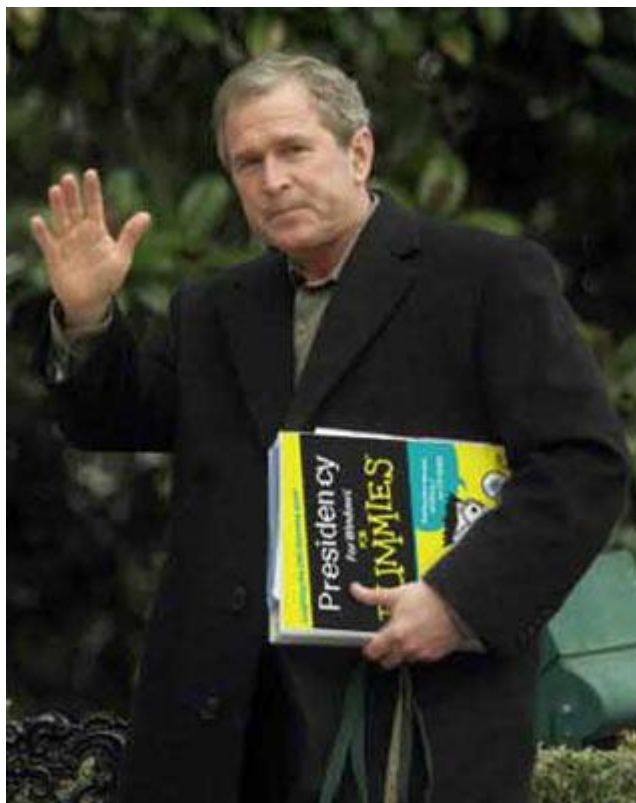


3.4.2 Vybrané odlišnosti neverbální komunikace v multikulturním prostředí

Pozdravování

Podání ruky při pozdravu od nepaměti symbolizovalo, že partner nemá v úmyslu osobní útok nebo podraz. V současnosti je projevem pozdravu, zdvořilosti, vyjádřením dohody. Podávání ruky je známo už od dob starého Říma, kdy bylo znakem dohody. Bylo výhradní výsadou mužů. Podávání rukou u žen přineslo až minulá století. Podání ruky je ovlivněno kulturou. Například: u Vietnamců je zvykem podat pravici a levou ji ještě lehce stisknout. Je to znak dobrých úmyslů a přátelství. Jsou však kultury, především s muslimským náboženstvím, ve kterých je tělesný kontakt tabu. Pokud se žena z této kultury dostane do Evropy, kde si ruce při pozdravu běžně

podávají i opačná pohlaví, můžeme vidět, že řeší dilema mezi cizí a svou kulturou například tak, že podanou ruku neodmítne, ale přes svou ruku si přetáhne kus látky, třeba i rukáv, aby nedošlo k přímému kontaktu s tělem cizího muže. Ve Francii je naopak běžné i líbání na obě tváře při příchodu a odchodu jako znak pozdravu. V Rusku a Gruzii jsou běžné až tři polibky na pozdrav a rozloučení u obou pohlaví.



Vyjadřování úcty

V Jižní i Severní Koreji je projevem úcty podání čokoliv oběma rukama. Ve škole proto děti podávají například vypracovanou písemnou práci nebo cokoli jiného vždy oběma rukama. V Japonsku projevím úcty tím, že se má hlava dostane níže než hlava partnera. Proto je tak typické uklánění se. Ve francouzské kultuře není postoj člověka, při kterém má ruce v kapsách, pokládán za projev dobrého vychování. Směrem na sever, ve Finsku, je to už ale projev nezdvořilosti. Podobně vnímá vložení rukou do kapes i indonéská kultura. Postoj s rukama v kapsách je projevem nezdvořilosti, postoj, při kterém má osoba své ruce na svých bocích, je dokonce morálním prohřeškem.



Frekvence doteků

Dotyk má v ošetrovatelství a medicíně vůbec své nezastupitelné místo. Je to nejen základní forma vyšetření (vyšetření poklepem a pohmatem), ale používá se také pro svůj uklidňující efekt. Irové se obecně dotýkají málo, přesto je v irském ošetrovatelství držení klienta za ruce neverbálním vyjádřením podpory a je běžně užíváno. V islámském světě se smí muž dotknout pouze žen, které jsou z jeho rodiny. I ve zdravotnictví, pokud vyšetřuje ženu muž, je dotyk určitých míst zakázán.

Naproti tomu právě v islámských zemích jako je Jordánsko, Afganistan nebo Saudská Arábie můžeme běžně vidět na ulici přátele, kteří se drží za ruce, i když jsou téhož pohlaví. U Evropanů je frekvence doteků různá. O Angličanech je známo, že mají chudou frekvenci doteků. Stejně tak u Němců není vzájemný dotek častý. Totéž platí také o Finích a Lotyších. Naopak jižní národy jako Italové, Francouzi a Španělé se dotýkají často a rádi.



Pohledy

Pohled je důležitým faktorem v ošetrovatelství a medicíně vůbec. Vyšetření pohledem patří k nejvíce používaným fyzikálním metodám ve zdravotnické praxi. Pohled otevírá komunikační kanál a je to zároveň nejhlubší forma sociálního kontaktu.

V naší střeoevropské kultuře, stejně jako v americké, se oční kontakt hodnotí jako projev pozitivního sebehodnocení, věnování pozornosti jiným, projev čestnosti. Finové se při rozhovoru dívají jeden na druhého zpřima, ale oční kontakt je také přerušován. Rusové udržují při vzájemné interakci přímý oční kontakt. Neudržení očního kontaktu s partnerem je projevem nečestnosti.

Jinak se chápe přímý pohled do očí v islámském světě. Od arabských žen muslimského vyznání se požaduje projevovat skromnost také tím, že se vyhýbají jakémukoliv pohledu do očí jiného muže, kromě svého vlastního. Při setkání s osobou opačného pohlaví na veřejnosti udržuje celou dobu žena oči sklopené. U Angličanů je strnulý pohled pokládán za projev skutečného naslouchání. V Číně je projevem zájmu o říkané, jestliže se při rozhovoru díváme mimo obličej mluvícího pořad na stejnou stranu.





Dodržování vzájemné vzdálenosti

Každá kultura má své zvyky ve vztahu k vzájemné vzdálenosti lidí v průběhu sociální komunikace. V Saudské Arábii, Kuvajtu, Egyptě, Jordánsku, Íránu a jiných arabských kulturách se při konverzaci záměrně udržuje velice blízká vzdálenost do dvou kroků. Účastníci komunikace mohou tak sledovat reakci očních zřítelnic partnera. Rozšíření zřítelnice znamená zájem a zúžení nesouhlas. I Řekové a Francouzi udržují v průběhu konverzace blízkou vzdálenost. Naopak Angličané, Američané a obyvatelé severovýchodních evropských států si ponechávají větší vzdálenost. Pro některé kultury je například nepřijatelné, aby při rozhovoru byla mezi zúčastněnými nějaká překážka (např. stůl).

3.4.3 Implementace komunikační variability do zdravotnické praxe

Jazykové a kulturní bariéry přinášejí do vztahu zdravotník – klient/pacient (cizinec) problémy projevující se na obou stranách. Pacientova prezentace projevů nemoci a forem zdravotních obtíží jsou transkulturně podmíněny.

Ze strany pacienta je to odlišná (kulturně podmíněná) prezentace subjektivních potíží, která je daná odlišným vnímáním tělesných struktur, nemoci a jejího zdroje, stížnostmi na potíže a jejich popisem. Pacient si též přináší vlastní zkušenost se zdravotnickou péčí ve své zemi. Obzvláště těžké je zhodnotit subjektivní potíže jako je bolest, únava, strach, diskomfort...

Ze strany zdravotníka jsou to obvykle nedostatečné schopnosti ovlivnit pacienta pro potíže v komunikaci a nedostatek zkušeností s danou kulturou. Když klient nemluví stejným jazykem jako sestra, nebo mluví jen zcela málo, pro personál je to obtížný úkol využít všech neverbálních prostředků k dorozumění se. Jak popisuje Giger, sestry se často cítí hloupě, jako děti, když komunikují s klientem jen pomocí neverbálních prostředků. Chybí tu také často přímá zpětná vazba, zda vůbec klient pochopil jejich instrukce.





Ošetrovatelský proces v transkulturním kontextu klade vysoké nároky jak na ošetrovatelský personál, tak i na samotného pacienta. Základem jeho zvládnutí je ošetrovatelská transkulturní anamnéza. Komunikační bariéry tu nesmí být podceněny, protože jen dostatek informací umožňuje stanovit cíle zahrnující zájmy obou stran.

Anamnéza (ošetrovatelský odhad) zaměřený na komunikaci s klientem z jiné kultury:

- Odhadnout komunikační dovednosti klienta v českém jazyce.
- Odhadnout komunikační dovednosti rodiny klienta v českém jazyce.
- Zjistit, zda je možná komunikace ve třetím jazyce (angličtina, němčina,...)
- a do jaké míry ho klient zná.
- Zjistit, zda klient ovládá některý jazyk ze slovanské skupiny jazyků (např. ruštinu).
- Zjistit dosavadní zkušenosti klienta s českou zdravotnickou praxí.
- Zjistit, jak daná kultura chápe onemocnění.
- Zjistit předešlé zkušenosti s onemocněním a léčbou v mateřské zemi.
- Zjistit, zda byl klient již ošetřen v České republice a jaké jsou jeho zkušenosti.
- Zjistit specifika dané kultury ve zdravotnické péči.
- Zjistit specifika komunikace pro danou kulturu.

Ošetrovatelské problémy (diagnózy), které může sestra stanovit při péči o klienta z jiné kultury:

- Poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou
- Porucha interpretace okolního prostředí
- Nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta
- Poruchy sociální interakce
- Nesprávný přístup k léčebnému režimu
- Sociální izolace

Vybrané ošetrovatelské intervence, které může sestra realizovat při poskytování péče klientovi z jiné kultury

- Mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, přitom nekřičet, zesílení hlasu neznamena, že klient bude lépe rozumět.
- Snažit se navodit klidnou atmosféru, stres, strach, bolest zhoršují schopnost vyjadřování v cizím jazyce.
- Používat gesta a obrázky, které zlepší klientovo pochopení.
- Pokud nemáme k dispozici tlumočnicka, použít alespoň slovník.
- Když klient neporozuměl, zopakovat zprávu jinými slovy.

- Dát klientovi papír a tužku, aby se případně mohl vyjádřit za pomoci kresby.
- Používat jednoduché věty, vyhýbat se souvětím.
- Všítat si, kterým slovům klient rozumí nejlépe, a ta pak používat.
- Pokud je to možné, naučit se v řeči klienta alespoň základní pozdrav. Projevujeme tak zájem o klienta. Když klient sám učí zdravotnického pracovníka říci něco ve svém rodném jazyce, navozuje se tím atmosféra důvěry.
- Pokud není jasné, co přesně klient chtěl říci, je vhodné ho požádat, aby zopakoval informaci jinými slovy.
- Ponechat klientovi čas, hlavně když má problém vyjádřit se v cizím jazyce, nespěchat.
- Bedlivě sledovat neverbální příznaky strachu, obav, nepokoje, a bolesti, protože jejich projev může být kulturně zkreslený.
- Po podání informací si ihned ověřit, zda klient skutečně porozuměl.
- Vyhýbat se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu, kterému nemusí klient rozumět.
- Na doplnění informací používat obrázky, piktogramy, jednoduché schéma.

Při komunikaci s cizincem přes tlumočníka by se měly dodržovat následující zásady:

- Nechat klientovi a tlumočnickovi počáteční čas na vzájemné seznámení se.
- Mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text.
- Adresovat otázky přímo na klienta, ne na tlumočníka.
- Ověřit si, zda tlumočník zná nejen čistý jazyk, ale také kulturní podmíněnost.
- Trvat na tom, aby tlumočník překládal přesně, co klientovi říkáme, a nemodifikoval překlad. Na závěr vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad.



Klient, který nechápe, co se děje, nebo který nerozumí řečenému se cítí nepochopený, méněcenný, ztracený. Sestry se mohou také cítit rozčarované nebo bezmocné, když je jejich sdělení nesrozumitelné nebo nemohou rozumět klientovi. Bariéry v komunikaci zahrnují rozdíly v jazyku, světonázoru a hodnotách.

Když je narušená komunikace, často může být narušený i fyzický proces uzdravování se. Komunikace je základem pro vybudování terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem. Komunikace může na jedné straně napomáhat rozvoji tohoto vztahu, na straně druhé však může být také značnou bariérou. Transkulturní komunikace je nesmírně důležitá při poskytování zdravotní péče přistěhovalcům, utečencům a lidem, kteří přicestují do země pouze na krátkou dobu. Pochopení klientových verbálních a neverbálních projevů je čím dál důležitější v dnešním multikulturním světě.

DALŠÍ ZDROJE



KOŠKOVÁ, J.: *Komunikativní a jazykové bariéry*. In: Kolektiv: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství*. Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s.80 - 91



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 5



Kazuistika k verbální komunikaci



Na oddělení geriatricke byl přijat 83-letý ruský občan, pan Sergej. Klient ovládal pouze mateřskou řeč, v důsledku čehož měl narušenou sociální interakci s okolím. Na oddělení byl dovezen synem, který pracoval pro mezinárodní organizaci a žil ve Švýcarsku, kde byl předtím klient umístěn v léčebně. Jiné příbuzné neměl, manželka a dcera již zemřely. V důsledku základního onemocnění centrální nervové soustavy byl uzavřený, nevyhledával kontakt s okolím, spíše se mu vyhýbal. Při příjmu nebyl dokonce ochoten komunikovat ani se svým synem. Ten pak po celou dobu hospitalizace udržoval s otcem jenom telefonický kontakt.

Ošetřující sestra provedla základní ošetřovatelskou anamnézu. Klient pracoval jako vojenský lékař, prostředí nemocnice mu proto nebylo neznámé. Odmítal komunikovat se svým okolím. Dával to najevo mimo jiné tím, že když do pokoje vstoupila sestra a chtěla si povídat, otočil se na lůžku zády. Pokud mu byly kladeny jednoduché otázky v češtině a rozuměl jim, odpovídal.

Klient nepocítoval fyzickou bolest, jenom subjektivní pocit únavy. Kromě komunikace odmítal také jakoukoliv činnost, nebo pohyb. Jako důvod udával, že „je pro něj jednodušší ležet, než něco dělat“. Klient komunikoval pouze v ruském jazyce. Vzhledem k věku a postižení mozku bylo nepravděpodobné, že se naučí výrazy z češtiny. Ošetřující personál uměl nějaké výrazy

rusky, ale používal je nesprávně.

Ošetřující sestra stanovila ošetřovatelskou diagnózu: *Narušená sociální interakce vzhledem k neznalosti českého jazyka a nového prostředí projevující se odmítáním komunikace a nespoupráci.* Pověšimla si, že pokud je klientovi podávána informace v jeho rodném jazyce správně, klient spolupracuje, pokud zcela přesně nerozuměl, odmítal spolupráci, dokonce se bránil (ranní toaletě, odvozu na vyšetření...) Ostatním personálem byl pak hodnocen jako nevrly nebo výrazně nespoupracující.

Klient i po několika dnech pobytu odmítal komunikovat, bylo velice obtížné rozvinout s ním rozhovor. Aby ošetřující sestra položila základ terapeutického vztahu, začala se klienta vyptávat (při koupeli, podávání jídla, oblékání), jak se činnost nebo věc, kterou měla právě v ruce, řekne rusky. Na „výuku ruštiny“ reagoval klient velice pozitivně. Popisování věcí v pokoji, nebo v nemocnici v ruském jazyce bylo vždy začátkem komunikace. Vytvořil se tak vztah mezi ním a sestrou. Po dvou týdnech už s ní rozmlouval spontánně. Jelikož pracoval do vysokého věku jako lékař, porovnával, jak vypadají nemocnice v Čechách a jak v Moskvě. Aby byl s klientem schopen efektivně komunikovat i ostatní personál, zapisovala sestra výrazy, jež ji starý pán učil, na papír a pak je umístila do blízkosti pacientovy postele.

Klient z cizí kultury byl něčím novým i pro spolupacienty. Většina z nich se doposud nesetkala s člověkem z jiné kultury v nemocnici. Také aktivnější spolupacienti se snažili navázat kontakt s panem Sergejem. Časem se ruské „zdrástvujte“ ozývalo po celém oddělení.

Klient byl na geriatrickém oddělení hospitalizován 6 měsíců. Léčbu mu hradil syn. Postupně si zapamatoval jména všech sester a lékařů. Co bylo typické z jeho kultury, nikdy se nepředstavoval příjmením. Řekl vždy jen Sergej Ivanovič. Také když se ptal personálu, jak se kdo jmenuje, zajímala ho jen křestní jména a jméno otce. Také je třeba podotknout, že pokud člověk při představování nestál v dostatečné vzdálenosti, dostal od pana Sergeje tři polibky na tvář.

Denně rehabilitoval, chodil na procházky. I když pravděpodobně nerozuměl, každý večer seděl s ostatními spolupacienty ve společenské místnosti a sledoval televizi. Z původně nekomunikujícího klienta se stal člověk vyhledávající společnost.



3.5 Zásady transkulturní ošetřovatelské péče

Zásady slouží jako návod pro myšlení, rozhodování a činnost sester, které poskytují péči příslušníkům dané kultury. Zároveň slouží i jako rádce např. studentům, fakultám, přímým poskytovatelům péče, organizátorům péče a konzultantům tím, že usměrňují jejich myšlení a úvahy o lidech z odlišného kulturního prostředí.



Uvedené zásady slouží jako nezbytný základ interakce s příjemci péče a k poskytování smysluplné ošetrovatelské péče:

1. Pro zdraví, léčbu a pocit pohody jednotlivců, rodin, skupin a institucí je nezbytná humanární péče respektující danou kulturu.
2. Každá kultura má specifickou víru, hodnoty, zvyky, způsoby léčby a péče, které je potřeba zjistit, pochopit a využívat při poskytování péče lidem z odlišného kulturního prostředí.
3. Adekvátní znalosti a dovednosti z transkulturního ošetrovatelství jsou nezbytné k zajištění smysluplné a bezpečné praxe.
4. K lidským právům patří kulturní péče, která respektuje víru, hodnoty, zvyky a postupy dané kultury, jež jsou součástí ošetrovatelství a zdravotních služeb.
5. Kulturně založená péče a postupy udržování dobrého zdravotního stavu se liší zejména mezi západním a východním kulturním prostředím.
6. Předávání zkušeností o efektivních způsobech kulturní péče, nabývání přesvědčení a porozumění tvoří základní poznatky transkulturního ošetrovatelství a slouží sestřám jako návod k rozhodování.
7. Poznatky a praxe laické a profesionální péče se často liší zejména úrovní a hloubkou vědomostí a praktickými zkušenostmi, proto je nutné si je u klienta ověřit dříve, než začneme s poskytováním jakýchkoli informací.
8. Holistický přístup a adekvátní poznatky z transkulturního ošetrovatelství jsou nezbytné k pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů, týkajících se světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenství, náboženství, technologií, ekonomických a politických faktorů a specificky kulturních hodnot, zvyků a způsobu péče o pohodu, zdraví a o ne mocné osoby.
9. Jádrem vzdělávání, výzkumu a praxe transkulturního ošetrovatelství je kulturně odlišný životní styl, způsob učení a péče o zdraví v různých etapách života lidí.
10. Transkulturní ošetrovatelství vyžaduje porozumění sobě samému, vlastní kultuře, vlastnímu způsobu pronikání do jiných kultur a ochotu pomáhat jiným.
11. Teorie, výzkum a praxe transkulturního ošetrovatelství se zabývají univerzálními i rozdílnými jevy, které umožňují získat nové poznatky k realizaci humanistické a na vě

deckém základě založené praxe.

12. Praxe (rozhodování a aktivita) transkulturního ošetrovatelství je založena převážně na poznatcích získaných výzkumem a hlubokým studiem jednotlivých kultur. Tyto poznatky jsou pak využívány při poskytování profesionální péče.
13. Jsou to hodnoty, vývojové etapy života a zvyky dané kultury, jež mají zásadní význam pro udržování dobrého zdravotního stavu a pohody lidí nebo chování v určitých životních situacích.
14. Transkulturní ošetrovatelství vyžaduje úzkou spolupráci klienta a sestry, aby došlo k rozhodnutí o individuální péči, její realizaci a dosažení očekávaných výsledků.
15. Transkulturní ošetrovatelství využívá teorie kulturní péče k vytváření nových poznatků, které pak rozšiřuje, v praxi ověřuje a vyhodnocuje z hlediska dosažených výsledků.
16. Pozorování, spoluúčast a rozvaha jsou nedílnou součástí přístupu v interakci s klienty z jiného kulturního prostředí, jimž má být péče poskytnuta.
17. Je důležité znát a chápat způsoby verbální a neverbální komunikace, její znaky, významy a dorozumívání, aby bylo možné dosáhnout očekávaných výsledků v péči.
18. Sestry realizující transkulturní ošetrovatelství respektují lidská práva a uvědomují si, že se nemohou dopustit neetického chování a právně nepřijatelných rozhodnutí a činností nebo nerespektovat kulturní tabu.
19. Chápání klienta v kulturním kontextu tvoří základ vzájemné interakce, zhodnocení zdravotního stavu, celostní péče o jeho potřeby a naplnění jeho očekávání.
20. Kulturně orientovanou léčbu a péči potřebují lidé, kteří utrpěli vážnou újmu, poškození nebo dehumanizaci z důvodů neznalosti kultury nebo nedostatečné péče.



DALŠÍ ZDROJE



MASTLIAKOVÁ, D.: Vymezení pojmu transkulturní ošetrovatelství a jeho dimenze. In: *Kolektiv: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s.20 – 2



3.5.1 Příklady z klinické praxe v transkulturním ošetrovatelství

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 6



Příklady jsou popsány podle skutečných kazuistik, ve kterých hrál úlohu transkulturní aspekt ošetrovatelství.

Zkuste si při čtení příkladů položit následující otázky:

1. Co se v této situaci událo?
2. Jak mohla sestra v dané situaci reagovat odpovědným, kvalifikovaným a kulturně senzitivním způsobem? Které transkulturní pojmy, zásady a poznatky z výzkumu jí v tom mohly pomoci?

3. Co svědčí o tom, že sestra a další personál nereagovali přiměřeně na danou transkulturní situaci?
4. Jaké vysvětlení z hlediska transkulturního ošetřovatelství se pro tuto situaci nabízí?
5. Co jste se z předložených studijních příkladů naučili, a jak to změnilo váš náhled na transkulturní ošetřovatelské přístupy?

Arabský muž muslimského vyznání:



Jedna anglicky mluvící studentka bakalářského oboru ošetřovatelství dostala za úkol pečovat o kriticky nemocného, umírajícího klienta, který se nedávno přistěhoval ze Středního východu. Studentka neměla transkulturní průpravu a vrchní sestra jí prostě řekla, aby „pečovala o nově přijatého cizojazyčného pacienta.“ po vstupu do nemocničního pokoje studentku překvapilo, že kolem lůžka nemocného stojí osm lidí. Požádala je, aby odešli, protože musí provést ranní procedury. Přítomní odmítli odejít a dále hovořili s pacientem. Studentka běžela zpět za vrchní sestrou a zklamaně se svěřila, že „ti návštěvníci mluvící zvláštním cizím jazykem nechtějí odejít z pokoje.“ Nadřízená poradila studentce, ať se vrátí na pokoj a „trvá na svém.“ Tentokrát však již bylo lůžko i s pacientem obráceno k oknům směřujícím na východ. Početná návštěva, která, jak se ukázalo později, byla tvořena blízkými příbuznými nemocného, se nahlas modlila a vzývala Alláha. Studentku to rozrušilo a pomyslela si, že teď už vůbec o klienta nemůže pečovat. Požádala příbuzné, aby lůžko vrátili na původní místo, protože je to nemocniční předpis. Jeden z příbuzných mluvil anglicky, a tak studentce řekl, že „postel musí zůstat tam, kde je, aby bylo možné pronášet modlitby k Alláhovi.“ Nevěděla však, kdo Alláh je, a tak požádala o vysvětlení.

Pak se vrátila k vrchní sestře a odmítla dále poskytovat jakoukoli péči s odůvodněním, že „o toho pacienta se nedá nijak starat.“ Později, ještě téhož dne se studentka dověděla, že tento pacient zemřel, a že to byl arabský muslim. Ta událost v ní vyvolala zmatek, protože jí všechny okolnosti i celá rodina připadaly tak odlišné od jejích dosavadních zkušeností. Cítila se nezpůsobila a neúspěšná, pokud jde o ošetřovatelskou profesi. Pro personál nemocnice byla uvedená situace záhadná a neprůhledná, dokud se studentce bakalářce nedostalo na hodinách transkulturního ošetřovatelství patřičného vysvětlení. Tam pochopila, co se vlastně přihodilo, a jak se měla zachovat. Později se vyjádřila: „Neměla jsem porozumění pro tohoto klienta a jeho kulturu.“ A na adresu fakulty kriticky dodala: „Proč mi nikdo nevysvětlil, jak máme spolupracovat s lidmi z různých kultur?“ Podle sdělení fakulty se tehdy kurzy transkulturního ošetřovatelství teprve zaváděly.

Tato ukázka z praxe pak podnítila mnoho studentů, aby se zapsali do seminářů transkulturního ošetřovatelství a osvojili si nové vědomosti a dovednosti. Studentka, o které byla řeč, se po vysokoškolském studiu stala expertkou na transkulturní péči a ošetřovatelské povolání pro ni získalo zcela nový význam a nový rozměr.



Čínský, italský a filipínský klient:



Sestra na odpolední směně pečovala o čínského, italského a filipínského klienta. Všichni tři prodělali operaci a měli svou tradiční kulturní výchovu. Sestra si všimla, že italský klient si často říkal o analgetika, a tak mu je vždy podala. Naproti tomu filipínský klient a čínský klient se chovali klidně a tiše a léky proti bolesti nepožadovali. Sestra se ptala, zda mají bolesti a přejí si lékařem předepsanou medikaci „na požádání“. Čínský klient lék pevně odmítal, i když měl za sebou rozsáhlou operaci. Sestra tušila, že má bolesti, a tak mu analgetika opakovaně nabízela. On se však rozzlobil a odsekl: „Nic nepotřebuji.“ Sestra tedy respektovala jeho přání. Když přišel lékař, ihned si toho všiml. Nařídil podat všem pacientům ordinovaná analgetika. Čínský a filipínský klient však znovu rozhodně odmítli. Filipíнец odvětil, že „nepotřebuje léky, protože ví, jak s bolestí zacházet.“ Lékař přesto proti vůli pacienta nařídil podat alespoň malou dávku, a sestra uposlechla. Zajímavé bylo, že italskému klientovi, i když analgetika užíval, se nikdy od bolesti zřetelně neulevilo. Filipíнец se místo prosby o léky vyjádřil, že „je to Boží vůle“ a že je „schopen snášet bolest, kterou na něj Ježíš dopustil.“ Sestra se k muži obrátila a řekla: „Chápu, ale Bůh chce, abyste si léky vzal a pocítil z nich úlevu.“ Filipíнец nakonec postoj sestry akceptoval, protože byla podle něj „profesionálkou, která má autoritu.“

Sestry na klinice nechápaly, proč jsou mezi lidmi těchto tří kultur takové rozdíly ve vnímání bolesti. Později se dověděly, že „odevzdání se Boží vůli“ a tichý klid náleží ke kulturním hodnotám daných národů a mají vliv na rozhodování jedince. Kulturní rozmanitost sestry na této pooperační jednotce zjevně zaskočila. Scházela jim průprava v transkulturním přístupu a kulturně uzpůsobené péči. Jaké etické a ošetrovatelské principy byly narušeny? Proč nařízení lékaře neměla správný účinek?

Muž z Číny:



Muž z Číny, který se nedávno přestěhoval do jiné země, měl podstoupit rozsáhlou operaci močového měchýře. Personál nemocnice jej informoval, aby „zvýšil příjem tekutin“. Pacient však instrukci nerozuměl. Odmítal pít nařízené sklenice chladné vody ze džbánu na nočním stolku. Při každém vstupu do pokoje personál klientovi připomínal, že musí vypít množství vody, a vyhrožoval, že jinak odpovědný lékař nařídí infúze. Čínsky mluvící muž ale nadále odmítal pít připravenou studenou vodu. Sestry a lékaři si jej označili jako nespolupracujícího podivína. Teprve při návštěvě klientovy dcery se ošetřující personál dověděl, že muž bude bez potíží pít teplý bylinkový čaj, ne však studenou vodu. Sestry donesly teplý čaj - a čínský pacient se opravdu vydatně napil, – ale nerozuměly, proč je horký čaj kulturně přijatelný, zatímco studená voda z kohoutku nikoliv. Záležitost nakonec vysvětlila až transkulturní sestra, která ostatní seznámila s klinickým a kulturně ošetřovatelským významem teorie „chladu a horka“ v čínské tradici. Jakými dalšími kulturními aspekty ještě stálo za to se v popsaném případě zabývat ?



Afroamerická rodička:



Jistá afroamerická žena z venkova měla při přijetí k porodu břicho opásané šňůrou s uzly.

Porodní asistentka to komentovala slovy: „Tu šňůru musíte sundat, protože je špinavá a zbytečně překáží“. Bez souhlasu rodičky šňůru sundala a chtěla ji hodit do koše. Klientka však šňůru popadla a upevnila si ji zpět na břicho: „Musím ji mít, aby porod byl úspěšný“. Když ženě podali anestezii, asistentka provázek odstranila a zničila. Naneštěstí dítě při porodu zemřelo, a zarmoucená rodička přičetla vinu za jeho skon zmíněné porodní asistentce; opouštěla porodnici se slovy: „Zabila jste mé dítě a zničila můj uzlový pás – ztratila jsem oba“. Personál nerozuměl tomu, proč byl pro Afričanku ušpiněný provázek s několika uzly tak důležitý. Je zřejmé, že znalost kultury nebyla dostatečná, a to mohlo zranit city rodičky. Jak by se se situací vypořádala transkulturní sestra, aby uspokojila matčiny kulturní i zdravotní potřeby?



Vietnamské dítě:



Vietnamské dítě bylo zraněno při automobilové nehodě a převezeno na úrazové oddělení všeobecné nemocnice. Vzápětí na oddělení přispěchalo šest členů rodiny a sklánělo se nad dítětem. Hlavičku mu překryli bílým plátnem. Všichni členové rodiny byli velmi rozrušeni a hlasitě naříkali. Sestry i lékaře na oddělení takové chování viditelně zaskočilo. Necháпали, proč musí být celé příbuzenstvo na místě a hned zahalovat dítěti hlavu. Dítě žel zemřelo a rodinní příslušníci na ně kladli ruce a úpěnlivě vzlykali.

Lékař ani sestry si s touto situací nevěděli rady a byli zmateni. Teprve později běh těchto událostí konzultovali s odborníky na transkulturní ošetřovatelství, a vyšlo najevo, že:

- 1) širší kruh rodiny považoval za svou povinnost být přítomen; bílá pokrývka představuje ve vietnamské kultuře pevně ctěný symbol a váže se na některá přesvědčení.
- 2) podle víry příbuzných mělo bílé plátno chránit oživující síly v hlavě dítěte.

Konzultace objasnila ještě další kulturní vlivy a vyplynulo z ní, že je potřeba před ošetřením vietnamských dětí znát některá základní fakta. Dala by se uvedená situace řešit kulturně přijatelným způsobem



3.6 Standardy transkulturního ošetřovatelství

ČÁST PRO ZÁJEMCE



Metodika a standardní postupy v praxi transkulturního ošetřovatelství:

Rozvoj transkulturního ošetřovatelství jako důležité a legitimní profesionální disciplíny vyžaduje metodická rozhodnutí a standardní postupy, jež plní několik důležitých funkcí:

1. Slouží jako jednoznačný návod k poskytování a vyhodnocování kvalitní transkulturní péče poskytovatelům, pedagogům, konzultantům a pracovníkům ve výzkumu.
2. Umožňuje nejběžnější způsob poskytování kulturní péče a tím prokazuje význam transkulturního ošetřovatelství v praxi.
3. Slouží jako standardní návod k rozhodování, jednotlivým úkonům a praxi transkulturního ošetřovatelství.
4. Umožňuje zaujmout jasný filozofický postoj k víře a hodnotám dané kultury a jejich respektování kvalifikovanými odborníky.
5. Slouží jako politický dokument pro veřejnost a státní správu, zajišťující služby pro občany a další subjekty, jež se zabývají problematikou transkulturního ošetřovatelství.

Základní význam metodického rozhodnutí spočívá ve způsobu výběru určitých postupů, které pak určují současná i budoucí rozhodování. Metodické rozhodnutí týkající se poskytování adekvátní transkulturní péče je přímým návodem k vytvoření systému zajišťování kvality péče a dalším aktivitám, jež souvisí se zabezpečením ochrany uživatelů této péče (klientů/pacientů). Standardy pak obsahují stanovená kritéria, která naplňují metodicky podložené rozhodnutí.

Sestry poskytující transkulturní péči vědí, že zatímco dané kultury jsou relativně dlouhodobě stabilní, ony samotné se mění. Proto potřebují mít určitý standardní návod k zajišťování bezpečné, smysluplné a efektivní péče.

Uvedené standardy vznikaly a byly ověřovány v průběhu více než 45 let. Jejich autorkou je zakladatelka transkulturního ošetřovatelství Madeleine Leiningerová. Tyto standardy v roce 1998 vydala Společnost transkulturního ošetřovatelství v USA.

Standardy transkulturního ošetřovatelství:

1. Uživatelé služeb zdravotní péče mají právo, aby sestry a ostatní poskytovatelé chápali a respektovali jejich kulturní hodnoty, normy a chování.
2. Přistěhovalci, uprchlíci, utlačované osoby a skupiny, chudí, bezdomovci, zranitelné skupiny, minority a subkultury mají právo na základní péči, která je významná, užitečná a shodná s vírou a hodnotami jejich života.
3. Transkulturní ošetřovatelství musí být založeno na kultuře, etice, humanismu, vědeckém výzkumu a teoretických znalostech, aby mohlo příslušníkům daných kultur zajistit kulturně adekvátní a bezpečnou péči.
4. Transkulturní filozofie a gnozeologická zjištění prokázala, že péče o zdravé, nemocné a umírající je pevnou součástí hodnot, víry a životního stylu jednotlivých kultur a subkultur, proto kulturní hodnoty, víra a životní styl tvoří základ transkulturního ošetřovatelství a zároveň jsou i návodem k rozhodování a aktivitám, jimiž lze dosáhnout žádoucích výsledků.
5. V transkulturní péči existuje univerzálnost a odlišnost. Od sester se očekává, že je budou vyhledávat a podle nich postupovat nejen v přímé péči o klienty, ale i v různých zařízeních nebo v jiných souvislostech.
6. K zajištění efektivního a smysluplného chování a jednání příslušníků odlišných nebo podobných kultur je nutné, aby každý, kdo k tomuto účelu formuluje pokyny, postupy a návody, si uvědomil své předsudky, zaujatost, rasové postoje nebo etnocentrické tendence, které by v konečném důsledku mohly ovlivnit eticky správnou praxi.
7. Metodická rozhodnutí a standardy transkulturního ošetřovatelství vyžadují úplné informace o dané kultuře uživatelů péče, aby nedošlo k omezování a nejednotnosti stanovisek týkajících se péče.
8. Přestože transkulturní péče má své kořeny v laické péči a je založena na příslušných profesionálních znalostech a dovednostech, je nezbytné, aby efektivní metodická rozhodnutí byla založena na výsledcích výzkumu a vedla k poskytování kvalitní péče.
9. Metodická rozhodnutí týkající se transkulturní péče musí obsahovat a plně akceptovat etické a morální hodnoty dané kultury a základní lidská práva.
10. Metodika transkulturní péče musí být založena na teoretických a výzkumem podložených poznacích, aby vedla k přiměřeným rozhodnutím zejména v oblasti konzultační praxe.
11. Metodika transkulturní péče a standardy musí brát v úvahu komunitu a instituce, jež daná rozhodnutí realizují a dlouhodobě vyhodnocují dosahované výsledky.
12. Na příjemce transkulturní péče musí kvalifikovaní odborníci pohlížet jako na jedince schopné využívat své vlastní kulturní znalosti a dovednosti.
13. Národní, regionální a komunitní nemocnice, kliniky a další organizace poskytující péči by měly být založeny na transkulturním nebo obdobném antropologickém základě, aby mohly zajistit efektivní a kulturně vhodnou péči.

14. Fakulty ošetrovatelství, administratíva (akademická a klinická), přímí poskytovatelé péče, pracovníci ve výzkumu a konzultanti, kteří využívají a vyhodnocují transkulturní metodiku a standardy, by měli být na tuto činnost dostatečně připraveni a měli by ji umět široce využívat.
15. Zkušení odborníci z transkulturního ošetrovatelství, jako např. učitelé, organizátoři nebo vedoucí pracovníci, poskytují potřebné informace vládě, státní správě, přímým poskytovatelům péče, fakultám, pracovníkům výzkumu, konzultantům, minoritám, aj.
16. Realizace metodických rozhodnutí a standardů týkajících se transkulturního ošetrovatelství tj. zahájení, udržování a průběžného vyhodnocování dosažených výsledků, vyžaduje finanční podporu.



DALŠÍ ZDROJE



KOLEKTIV: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství.* Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87 s. 29 – 30



4 TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY KAPITOLY TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

**Rychlý
náhled**

Rychlý industriální rozvoj ve světě po 2. světové válce a s ním spojenou migrací populace vedl nejen k rozvoji ekonomiky a novým technologickým možnostem v životě lidí, ale také k rasovým konfliktům. Pro sestry, které se stále častěji setkávaly a bezprostředně podílely na péči o potřeby lidí z jiných kultur to znamenalo přizpůsobit se těmto novým požadavkům, a musely začít hledat způsoby účinné komunikace a pomoci těmto lidem.

Termín „transkulturní ošetřovatelství“ poprvé použila v 60. letech Američanka Madeleine Leiningerová. Patřila k těm sestrám, které si začaly všimnout kulturní dimenze poskytované péče a od roku 1966 začala v této oblasti organizovat první vzdělávací kurzy na Coloradské univerzitě.

M. Leiningerová prosazovala myšlenku, že pro vytvoření základů transkulturního ošetřovatelství jsou nezbytné vědomosti a zkušenosti z přímého kontaktu s příslušníky dané kultury.

Svou teorii nejprve nazvala „teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče“. Poprvé ji publikovala v roce 1985. V této teorii je řada jejích původních definicí pojmů kultura, kulturní hodnoty, kulturní diverzita, apod. Později M. Leiningerová rozšířila své poznatky a vytvořila model, který sama nazvala „vycházející slunce“. Tento model už téměř 40 let pomáhá sestrám poskytovat kulturně přizpůsobenou péči příslušníkům jiných národností a kultur, a také prohlubuje poznatky v této oblasti.

Se zaváděním moderních informačních technologií do systémů zdravotní péče vznikla i potřeba standardizace a vymezování rámcových struktur informací. V roce 1988 byla vytvořena na Univerzitě v Alabamě v USA pro potřebu studentů pregraduálního studijního programu ošetřovatelství rámcová struktura pro kulturní zhodnocení jedince nebo skupiny. Autorky této struktury J.N. Gigerová a R.E. Davidhizarová navazují na práci M. Leiningerové a rozpracovávají další rovinu transkulturního ošetřovatelství v oblasti hodnocení stavu potřeb klienta/pacienta podle rámce zahrnujícího šest jevů kulturní diverzity.

Podobně i autoři M. Andrews a S.J. Boyle vytvořili osnovu ke kulturnímu zhodnocení pro poskytovatele služeb v péči o zdraví.

CÍLE KAPITOLY TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Po úspěšném a aktivním absolvování této KAPITOLY

Budete umět:

**Budete
umět**

- vysvětlit historické souvislosti vzniku potřeby kulturní péče
- popsat východiska teorie a modelu Madeleine Leiningerové
- vysvětlit pojmy v teorii kulturní péče Madeleine Leiningerové

Získáte:

Získáte

- poznatky o vzniku modelu kulturní péče Madeleine Leiningerové
- přehled o vymezení konceptů metaparadigmatu ošetřovatelství podle Madeleine Leiningerové

- přehled o vztahu modelu Madeleine Leiningerové a obecných vědeckých teoriích
- poznatky o dalších rámcových strukturách kulturního posuzování pro ošetrovatelskou praxi a vzdělávání sester

Budete schopni:

- prakticky využívat model Madeleine Leiningerové při kulturním posuzování klienta/skupiny klientů
- prakticky využívat rámcovou strukturu pro systematické kulturní hodnocení klienta podle autorek Gigerové a Davidhizarové
- prakticky využívat osnovu ke kulturnímu zhodnocení podle autorů Andrews a Boyle

Budete schopni

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Ke studiu této kapitoly budete potřebovat podle individuálního tempa studia 5 – 6 hodin



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Teorie, model, koncepty, koncepční model, metaparadigma, model kulturní péče, transkulturní ošetrovatelství, kulturně kompetentní péče, kulturní jedinečnost člověka, jevy kulturní diverzity.

Klíčová slova



DEFINICE 4-1



Definice pojmů:

Model je grafické nebo symbolické vyjádření fenoménů (jevů), jež objektivizují a prezentují určitý pohled na jejich povahu a funkce. Modely mohou být teoretické (někdy nepřímě pozorovatelné – vyjádřené jazykovými nebo matematickými symboly) nebo empirické (napodobují pozorovatelnou realitu, např. model oka).

Koncept/y (concept/s) pojem/pojmy, obecná představa; (conception/s) pojetí, koncepce, pojem,

představa, početí, chápání, nápad; jsou elementy (prvky) nebo jednotlivé komponenty (složky, součásti) fenoménu (jevů), jež jsou nezbytné k jejich porozumění. Koncepty jsou abstraktní (teoretické) a odvozené od silných dojmů, které lidské myšlení získává o jevech prostřednictvím smyslového vnímání prostředí.

Koncepční model/rámec je soubor konceptů ve vzájemném vztahu, které symbolicky reprezentují a rozvádějí mentální podobu jevů. Koncepční modely ošetrovatelství identifikují jednotlivé koncepty a popisují jejich vzájemné vztahy k fenoménům (jevům), jimiž se disciplína převážně zabývá.

Metaparadigma představuje nejširší pohled na disciplínu – nejglobálnější pohled zahrnuje více specifických pohledů a přístupů na hlavní koncepty disciplíny. Metaparadigma je ideologie, v níž teorie, znalosti a procesy poznání hledají význam a souvislosti. Za metaparadigma ošetrovatelství jsou považovány čtyři základní koncepty: člověk (rodina, komunita), zdraví, prostředí a ošetrovatelská činnost.

Teorie představuje soubor logicky vzájemně spojených konceptů, prohlášení, tvrzení, návrhů a definic, které byly odvozeny od filozofie vědeckých dat, z nichž mohou být vyvozeny, testovány a ověřovány otázky nebo hypotézy. Účelem teorie je charakterizovat určité fenomény/jevy.

SHRnutí



Shrnutí

Teorie a modely v ošetrovatelství začaly vznikat s rozvojem nových poznatků počátkem 20. století. Odrážejí podstatné jevy ošetrovatelství a odpovídají hodnotám a zdravotnickým systémům v době svého vzniku. Model (v širším smyslu) je určitým abstraktním náčrtem vztahů mezi koncepty metaparadigmatu ošetrovatelství. Teorie (v užším smyslu) je rovněž vytvořena z konceptů a abstraktního náčrtu vztahů mezi nimi, ale dané jevy jsou mnohem více specifikovány.

Základním rozlišením mezi teorií a koncepčním modelem je úroveň abstrakce. Obsah každého koncepčního modelu vytvořeného autorem nebo tvůrčí vědeckou skupinou odráží její filozofický postoj, kognitivní orientaci, výzkumnou tradici a odlišnou praxi v rámci oboru. Zastánci každého koncepčního modelu pak tvoří subkulturu nebo společenství odborníků v rámci oboru. Ošetrovatelské modely pak zahrnují jen ty koncepty, které autor/autoři modelu pokládají za nutné, a které přispívají k jeho pochopení. Model dává jasnou a přímou orientaci na tři oblasti ošetrovatelství: praxi, vzdělání a výzkum (management je součástí každé z těchto tří oblastí).

Historicky vedl k uvažování nad kulturní péčí společensko-politický a hospodářský kontext doby a stav americké společnosti. Během 2. světové války a v letech po ní výrazně stoupla migrace populace, lidé ve zvýšené míře cestovali, pracovali na jiných místech, zlepšovala se ekonomika, narůstaly technologické možnosti, ale také rasové konflikty. Sestry byly nucené zabývat se i pozadím života lidí, kteří přicházeli z jiných zemí a kontinentů do USA. Je proto přirozené, že první teorie kulturní péče vznikla právě v USA, protože rychle narůstalo kulturně různorodé složení obyvatelstva.

V současném vyspělém světě vlivem migrace a rychlých elektronických komunikačních prostředků rychle přibývá kontaktů rozmanitě kulturně profilovaných lidí a tomu se přizpůsobují přístupy i systémy péče o zdraví populace, rodin a komunit. Účinná pomoc klientům různých kultur v oblasti zdravotnické péče vyžaduje dobrou připravenost s zdravotnických pracovníků. Konkrétní odborná služba pro lidi různých kulturních profilů by nejen neměla ubližovat, ale měla by přinášet hmatatelně kladné účinky, a to s úctou ke kultuře, z níž klient pochází. Na tyto aktuální společenské potřeby se zaměřují autoři teorií a modelů kulturní péče.

4.1 Leiningerová, M. – teorie a model kulturní péče

Jednou z nejznámějších představitelk kulturně specifické a kulturně uzpůsobené péče o lidské zdraví a lidské potřeby je **Madeleine Leiningerová**. Z tohoto úhlu pohledu vytvořila podrobnou kulturní teorii a rámcový model pro její pochopení a stala se tak zakladatelkou zcela nového dílčího oboru – transkulturní ošetrovatelství.



Madeleine Leininger (born on 13 July 1925 in Sutton, USA), **PhD., LHD, DS, CNT, RN, FAAN, FRCNA**, získala profesní vzdělání v ošetrovatelství v St. Anthony's School of Nursing v Denveru, kde dokončila studium v roce 1948. O dva roky později získala bakalářský titul na Benedictine College v Atchisonu. V roce 1953 pak obdržela magisterský titul na Katolické univerzitě ve Washingtonu.

Po dalších dvanácti letech dosáhla úrovně PhD (Doctor of Philosophy) v oboru antropologie na univerzitě v Seattlu. Neustále studovala, publikovala, přednášela, učila sestry z praxe a za tuto svou společensky významnou aktivitu se stala nositelkou ocenění LHD (Doctor of Humane Letters – uděluje se za významný přínos v oboru humanitních věd). Další tituly DS (Doctor of Science – doktor věd); CTN (Certified Transcultural Nurse – certifikovaná transkulturní sestra); RN (Registered Nurse – registrovaná sestra); **FAAN (Fellow, American, Academy of Nursing - vědecký pracovník americké akademie ošetrovatelství)**; FRCNA (Fellow, Royal College of Nursing, Australia – vědecký pracovník australské ošetrovatelské Royal College);

American Academy of Nursing
*Transforming healthcare policy and practice
 through nursing knowledge*



(V USA sestry za svým jménem užívají tituly, kterými prezentují stupně dosaženého vzdělání, ale také získané certifikace a licence pro specializované kompetence v oboru (nursing credentials).

Dr. Leiningerová je zakladatelkou oboru Transkulturní ošetrovatelství. Je profesorkou ošetrovatelství a antropologie a působila i jako ředitelka Střediska zdravotnického výzkumu. Je např. emeritní profesorkou College of Nursing Wayne State University of Detroit, Michigan; emeritní členkou College of Nursing University of Nebraska, Medical Center of Omaha, Nebraska, aj.

Koncepci transkulturního ošetrovatelství jako samostatného oboru začala formulovat v padesátých letech 20. století během přípravy své doktorské práce v oboru antropologie. Píše o tom ve své knize „Transkulturní ošetrovatelství, pojmy, teorie, výzkum a praxe“. Podrobnějšímu studiu a rozpracování pojmů tohoto oboru se věnovala v 60. letech. V polovině 70. let předložila svůj „Model kulturní péče“, který byl později ještě rozšířen (1978, 1980). Svůj „model vycházejícího slunce“ popsala Leiningerová poprvé v roce 1984 (Reynolds, 1995). Podařilo se jí vhodně poukázat na význam vlivu kultury na zdraví, léčbu a péči.

Na podporu rozvoje transkulturního ošetrovatelství – poskytování kulturně přiměřené péče vznikla v USA společnost **Transcultural Nursing Society** (www.tcns.org), která pravidelně pořádá odborné konference zaměřené na tuto problematiku.



Transcultural Nursing Society

Společnost vydává časopis: **Journal of Transcultural Nursing** (viz ukázka a příklad anotace publikovaného článku).



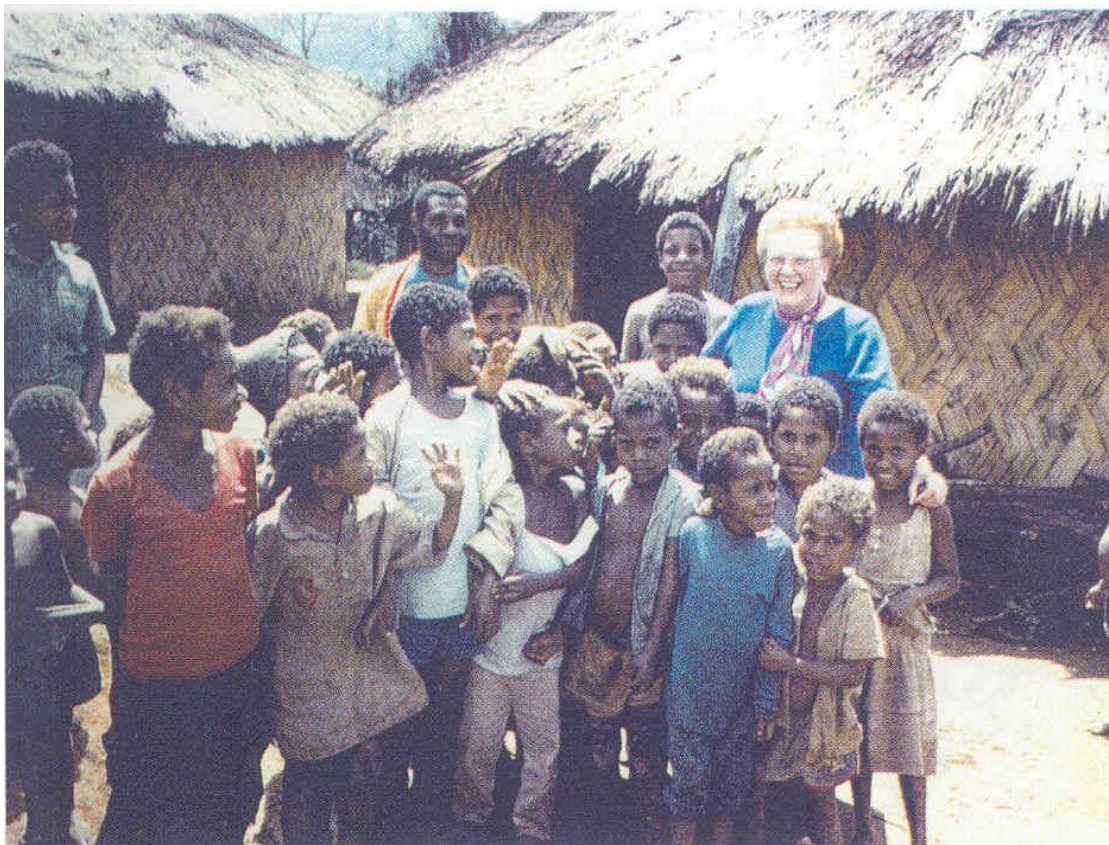
A Concept Analysis of Cultural Sensitivity

Cynthia L. Foronda, MSN, RN

Marquette University

Cultural sensitivity is used ubiquitously, yet different meanings are constructed. An improved understanding of the term as described within health care and in general would enhance nurses' understanding and communication with professionals and clients. To uncover the current meaning of cultural sensitivity, a concept analysis was performed. Findings included the attributes of knowledge, consideration, understanding, respect, and tailoring. Necessary antecedents were diversity, awareness, and an encounter. The consequences were effective communication, effective intervention, and satisfaction. A definition of cultural sensitivity was proposed. Providers may benefit from recognizing and addressing the identified antecedents and attributes to obtain the positive consequences of employing cultural sensitivity.

Key Words: cultural sensitivity • concept analysis



Dr. Madeleine Leininger with the tribe she studied with in New Guinea.

4.1.1 Historické souvislosti vzniku teorie M. Leiningerové

M. Leiningerová v polovině padesátých let 20. století začala pracovat jako specialista na dětském psychiatrickém oddělení ve středisku pro pomoc rodičům a dětem na americkém Středozápadě, kde zjišťovala velké kulturní rozdíly mezi dětmi a jejich rodiči. Uvědomila si, že poskytovaná péče nerespektuje kulturní dimenzi. Pokoušela se pomoci dětem několika odlišných kultur, a při tom sama prožila kulturní šok a pocit bezmoci v odpovědnosti za děti a jejich rodiče. Uvědomila si mnoho rozdílů mezi dětmi a svoji vlastní irsko-německou kulturou. Uvědomila si také, že kulturní dimenze schází nejen ošetrovatelství, ale i medicíně a ostatním zdravotnickým oblastem. Děti různých národností (africké, mexické, židovské, německé) měly různý původ a výchovu, různé postoje k lékům a k léčbě, lišily se v oblíbených jídlech, měly různý spánkový režim a režim odpočinku, hrály různé hry. Některé ochotně a rády hovořily o svých rodičích, jiné mlčely a byly stoické. M. Leiningerová si například všimla, že angloamerické děti jsou při hře agresivnější oproti mexickým a appalašským dětem, které si hrají velmi tiše.

Označení jako „transkulturní ošetrovatelství“, „etnoošetrovatelství“ a „multikulturní ošetrovatelství“ poprvé Leiningerová použila v 60. letech. Od roku 1966 organizovala první multikulturní kurzy na Coloradské univerzitě, a později i na jiných místech. Do těchto kurzů zahrnuje také praktické zkušenosti a příklady.

V roce 1979 pak formulovala následující definici transkulturního ošetrovatelství:
- je to odborné odvětví ošetrovatelské péče, které se soustřeďuje na komparativní studium a analýzu různých kultur s ohledem na ošetrovatelskou činnost ve zdraví i nemoci a s respektem k postojům a hodnotám klientů/pacientů. Cílem této odbornosti je poskytovat účelnou, smysluplnou

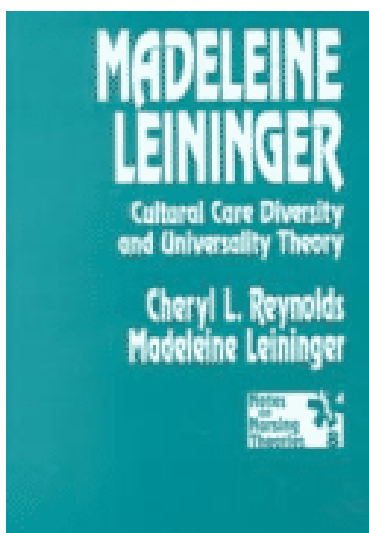
nou a efektivní péči potřebným lidem tak, aby byla v souladu s kulturními hodnotami a situačním kontextem.

Etnoošetřovatelství pak definovala takto:

- je to studium postojů, hodnot a zvyklostí, vztahujících se k ošetřovatelství tak, jak je vnímají lidé dané kultury prostřednictvím přímé zkušenosti a kognitivních procesů.

Výraz „transkulturní ošetřovatelství“ se dnes používá k označení rozvíjející se disciplíny v jejích teoretických i praktických souvislostech. M. Leiningerová klade důraz na přímou osobní zkušenost, případně čerpání informací od těch, kdo ji mají, a takové znalosti charakterizuje jako *emické*. Prosazuje myšlenku, že *emicky* nabyté vědomosti a zkušenosti jsou nepostradatelné pro vytvoření ontologické a epistemologické základny ošetřovatelství.

M. Leiningerová nazvala svou teorii: *Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče* myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetřovatelské péče. Svoji teorii vypracovala v kulturním a společenském kontextu, který nazýváme postmoderním.



4.1.2 Východiska teorie M. Leiningerové

Součástí každé teorie jsou její východiska (premisy). Jde o předpoklady, na kterých teoretik staví svoji práci, a od kterých odvozuje paradigma a části své teorie. M. Leiningerová vyjádřila tato východiska v následujících bodech:

1. Péče je podstatou ošetřovatelství, je zřejmým, dominantním, ústředním a společným zaměřením.
2. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro pohodu, zdraví lidský růst a vývoj, přežití, vyrovnání se s handicapem a čelení smrti.
3. Kulturně orientovaná péče je komprehenzivní, holisticky pojmána ve vědomostech, v objasňování, interpretování a předvídání fenoménu ošetřovatelské péče i v oblasti řízení (usměrňování) ošetřovatelských rozhodnutí a činnosti.
4. Transkulturní ošetřovatelství je věda a profese o humánním rozměru pečování, v jehož centru stojí služba jednotlivcům, skupinám, komunitám, společnostem a institucím.
5. Kulturně orientovaná péče je nezbytná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez

péče, ale může být péče bez léčby.

6. Kulturní péče – její pojmy, významy, vyjadřování, vzorce, modely a procesy péče se odvíjejí od kulturních rozdílnosti, ale současně také od kulturní univerzality.
7. Každá kultura má rodovou (laickou, lidovou, emickou) péči a obvyklou praxi a zpravidla profesionální – na vědeckých principech rozvíjenou, univerzální (etickou) péči a praxi, které se liší transkulturně a individuálně.
8. Hodnoty kulturní péče a její praktiky jsou zakořeněné ve světonázorových, jazykových, filozofických, náboženských a duchovních, rodinných, společenských, politických, právních, vzdělávacích, kulturních, ekonomických, technologických, etnohistorických a environmentálních dimenzích kultury.
9. Prospěšná, uzdravující a uspokojující kulturní péče ovlivňuje zdraví, pohodu jedinců, rodin, skupin a komunit v jejich environmentálním prostředí.
10. Kulturně vhodná a prospěšná péče bude existovat jen tehdy, když její hodnoty, vědomostní či vzory budou zjevně vnímány a užívány pro přiměřenou, bezpečnou a účelnou péči.
11. Kulturně univerzální a diferencovaná péče existuje v lidských kulturách světa mezi profesionální péčí (etickou) a klientovou lidovou, laickou, tradiční (emickou) péčí.
12. Kulturní konflikty, kulturně nepřijatelné praktiky, kulturní stres a kulturní bolest odrážejí nedostatky ve vědomostech o kulturní péči, která má vést ke vhodné, odpovědné, bezpečné a citlivé péči.
13. Etnoošetřovatelské výzkumné kvalitativní metody představují důležité nástroje pro přesná zjištění a interpretaci relevantních, komplexních a strukturovaných emických i odborných profesionálních dat pro kulturní péči.

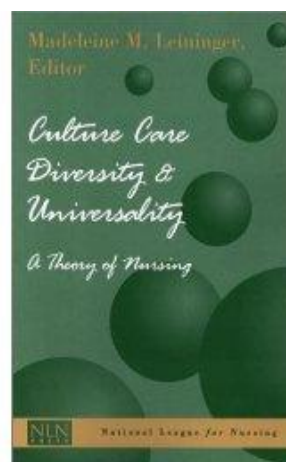
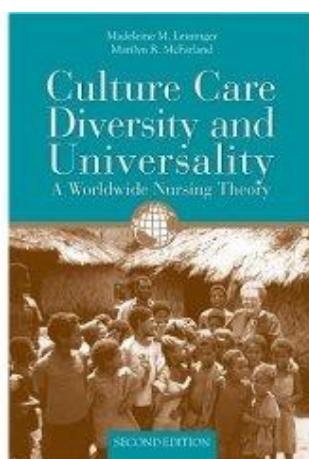
4.1.3 Teorie kulturní péče M. Leiningerové

Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče Madeleine Leiningerové se v ošetřovatelství řadí do kategorie tzv. velkých teorií.

První oficiální prezentaci své teorie předložila Leiningerová k publikaci v roce 1985. O tři roky později ji doplnila podrobnějšími poznámkami. Texty formulovaly definice mnoha pojmů: *kultura, kulturní hodnota, diverzita kulturní péče, univerzalita kulturní péče, světonázor, sociální struktura, environmentální kontext, lidové zdravotní systémy, profesionální zdravotní systémy, zdraví, péče a pečování, záchovná a ochranná kulturní péče, adaptační kulturní péče, kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu.*

Některé definice pojmů byly poprvé uvedeny v rámci článků z let 1985-88, jiné pocházely již z dřívějších prací. M. Leiningerová však poukázala na to, že uvedené definice možná v průběhu zkoumání té které kultury mohou doznat určité změny.

Dalším krokem v práci Leiningerové bylo rozpracování předpokladu, že „různé kultury různě vnímají, chápou a realizují péči, ale přesto jeví určité známky univerzality (podobnosti), které jsou společné všem světovým kulturám.“ Tyto shodné prvky byly pojmenovány jako „univerzálie“, prvky rozmanité, odlišné pak jako „diverzita“.



Původní definice pojmů:

Kultura, jsou to „naučené, sdílené a předávané hodnoty, přesvědčení, normy a zvyklosti určité skupiny lidí“. Tyto složky ovlivňují myšlení, rozhodování a jednání specifickým způsobem.“ Za touto definicí stojí předpoklad, že lidé jsou kulturní bytosti, které si zajišťovaly schopnost přežít v různých dobách svou ochotou pomáhat druhým a pečovat o ně, a to v každém věku, v mnoha různých prostředích a mnoha různými způsoby.

Kulturní hodnoty jsou odvozeny od kultury a ustanovují žádoucí způsoby chování a myšlení. Často přetrvávají dlouhé časové období. Slouží k usměrnění rozhodovacích procesů příslušníků dané skupiny. Bývají buď univerzální, nebo diferencované.



Diverzita kulturní péče (rozmanitost, odlišnost) se pojí s variabilitou významů, schémat, hodnot a symbolů v oblasti péče. Tyto významy, schémata, hodnoty a symboly slouží lidem k dosažení co nejlepších podmínek, ke zlepšení života, a případně k čelení smrti.“

Kulturní univerzalita (podobnost) naproti tomu označuje „ty významy, schémata, hodnoty a symboly, které mají lidé společné a které jim rovněž slouží k dosažení co nejlepších podmínek, ke zlepšení života, případně k čelení smrti.“ Zdá se, že přes univerzální povahu lidské péče napříč kulturami světa existují pro konkrétní projevy péče různá vyjádření, činy, vzorce, způsoby a významy.

Kulturní péče je pak definována jako taková péče, kde „pomáháme jednotlivcům či skupinám k jejich prospěchu a ke zkvalitnění jejich života, a to na základě poznanych hodnot, přesvědčení a schémat dané kultury“. Kulturní péče je v podstatě „jedním z nejobecnějších prostředků k pochopení, osvojení a předvídání ošetrovatelských jevů, a také k usměrnění ošetrovatelských intervencí.“

Světónázorem je míněn způsob, jakým lidé nahlízejí na svět nebo vesmír. Je to druh postoje ke světu a k sobě samým, určitý obraz skutečnosti.

Sociální struktura: „Je to dynamická povaha propojených strukturních a organizačních faktorů dané kultury nebo společnosti, a jejich funkce, kterou mají v zajišťování smyslu a strukturního řádu prostřednictvím faktorů náboženských, rodových a příbuzenských, politických, ekonomických, vzdělávacích, technologických a ryze kulturních.“

Za **environmentální kontext** (přírodní a společenské prostředí) je třeba považovat „úplnost událostí, situací a prožitků tak, jak se jeví směrem k účelu lidských projevů v dimenzích sociálních vztahů a v dimenzích fyzických, emočních, ekologických a kulturních.“ „Poznatky o významech a jednáních odvozených od světonázoru, sociálních faktorů, kulturních hodnot, environmentálního kontextu a jazyka jsou nezbytným předpokladem pro poskytování kulturně uzpůsobené (kulturně přiměřené, kulturně kongruentní) péče.“



Za **lidové zdravotnické systémy (laická, generická, emická péče)** je třeba považovat „tradiční a místní zdravotní péči a léčebné praktiky, které mají osobitý význam při uzdravování a podpoře v nemoci“. Tato péče slouží obvykle lidem v jim známých rodinných a komunitních kontextech a poskytují ji především místní léčitelé.

Zdraví je „stav kulturně definované pohody, který zrcadlí schopnost jedince nebo komunity vykonávat své denní činnosti přijatelným způsobem.“

Profesionální zdravotnický systém je „profesionální péče a terapie poskytovaná zdravotnickým personálem, který prošel speciální přípravou v rámci formálního vzdělávání v institucích k tomu určených.“ Je obvyklé, že každá kultura disponuje jak lidovými (laickými), tak profesionálními systémy péče.

Péče je podstatné jméno sloužící k označení „jevů souvisejících s asistencí, podporou a usnadňováním života těch, kdo to potřebují (jednotlivců i skupin). Péče se soustřeďuje na zjevné nebo předpokládané potřeby a usiluje o zkvalitnění lidského života.“ O péči říkáme, že je dominantním a jednotlícím předmětem ošetřovatelství. Léčba se nemůže dost dobře obejít bez péče, péče se ale někdy poskytuje samostatně a odděleně od léčby.

Sloveso **pečovat** znamená „působit ve smyslu asistence, podpory a usnadňování života těch, kdo to potřebují, a to v souladu se zjevnými nebo předpokládanými potřebami člověka, s úsilím o zkvalitnění života.“ V souvislosti s péčí a pečováním je potřeba uvést, že jsou nezbytné pro život a rozvoj člověka a pro jeho schopnost se vypořádat s kritickými (i opakovanými) událostmi, jako jsou nemoc, postižení nebo smrt. Péče nabývá různých významů i podle toho, v jaké kultuře se odehrává, a je možné ji pochopit studiem světonázoru, sociální struktury a jazyka dané skupiny.

Podmínky a konkrétní projevy humánní péče souvisejí s kulturně specifickými hodnotami, přesvědčeními a zvyklostmi. Zároveň platí, že povaha člověka coby pečující bytosti je univerzální. Znalost kulturních jevů poskytuje východisko pro tři typy ošetřovatelských rozhodnutí a

intervencí: Záchovná a ochranná kulturní péče v sobě zahrnuje „asistenční, podpůrné a usnadňující (facilitující) kroky, které pomáhají klientům konkrétní kultury udržet si zdraví, uzdravit se z nemoci, případně se vyrovnat se smrtí.“ Adaptační kulturní péče, označovaná též jako „vyjednávání“, se skládá z těch „asistenčních, podpůrných a usnadňujících kroků, které pomáhají klientům dané kultury usilovat o prospěšný a uspokojivý stav zdraví, případně o důstojné vyrovnání se se smrtí.“ Péče pomáhající uskutečnit změnu (restrukturační péče) se pak skládá z těch „asistenčních, podpůrných a usnadňujících kroků, které pomáhají klientům dané kultury změnit svůj životní styl tak, aby byl uspokojivý a aby podporoval zdraví prostřednictvím dobrých návyků.“

Ošetřovatelství jako profese má transkulturní povahu. Sestry pečují o lidi mnoha kultur, ale mnohdy si neuvědomují transkulturní souvislosti, ani podle nich nejednají. Proto je třeba zdůraznit, že znalost kulturních souvislostí je potřebná k tomu, aby péče o rozmanité národy světa byla účinná, legitimní a relevantní. Kulturně orientovaná ošetřovatelská péče je významným faktorem podpory a zachování zdraví i cesty od nemoci ke zdraví.



4.1.4 Model kulturní péče M. Leiningerové

Model, který M. Leiningerová sama nazvala „*vycházející slunce*“ vznikl na základě teorie kulturní diverzity a univerzality (rozmanitosti a univerzálnosti). Tento model již téměř 40 let pomáhá sestřím objevovat význam péče pro jednotlivé kultury a prohlubovat své porozumění v této oblasti. Uvedený model má v zásadě *čtyři úrovně*, řazené od nejabstraktnější po nejkonkrétnější. Úrovně jedna až tři poskytují základnu pro plánování a poskytování kulturně přiměřené péče (viz obrázek: *Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care* (M. Leininger, 2004)).

První úroveň představuje světonázor a úroveň sociálního systému, který má vliv na vidění světa mimo danou kulturu z pozice příslušníka dané kultury, tj. způsob, jakým vnímá klient okolní suprasystém. M. Leiningerová konstatuje, že tato úroveň vede ke studiu a pochopení povahy, významu a atributů péče ze tří pohledů. Hodnoty a sociální struktura by měly být součástí těchto pohledů. Mikro-studie studuje jedince z hlediska kultury; tyto studie jsou zkoumány na malých plochách. Střední-studie se zaměřuje na komplexnější vnitřní faktory u jednotlivých kultur; tyto studie jsou založeny na širších plochách. Makro-studie zkoumá fenomény mezi několika kulturami a na větších plochách.

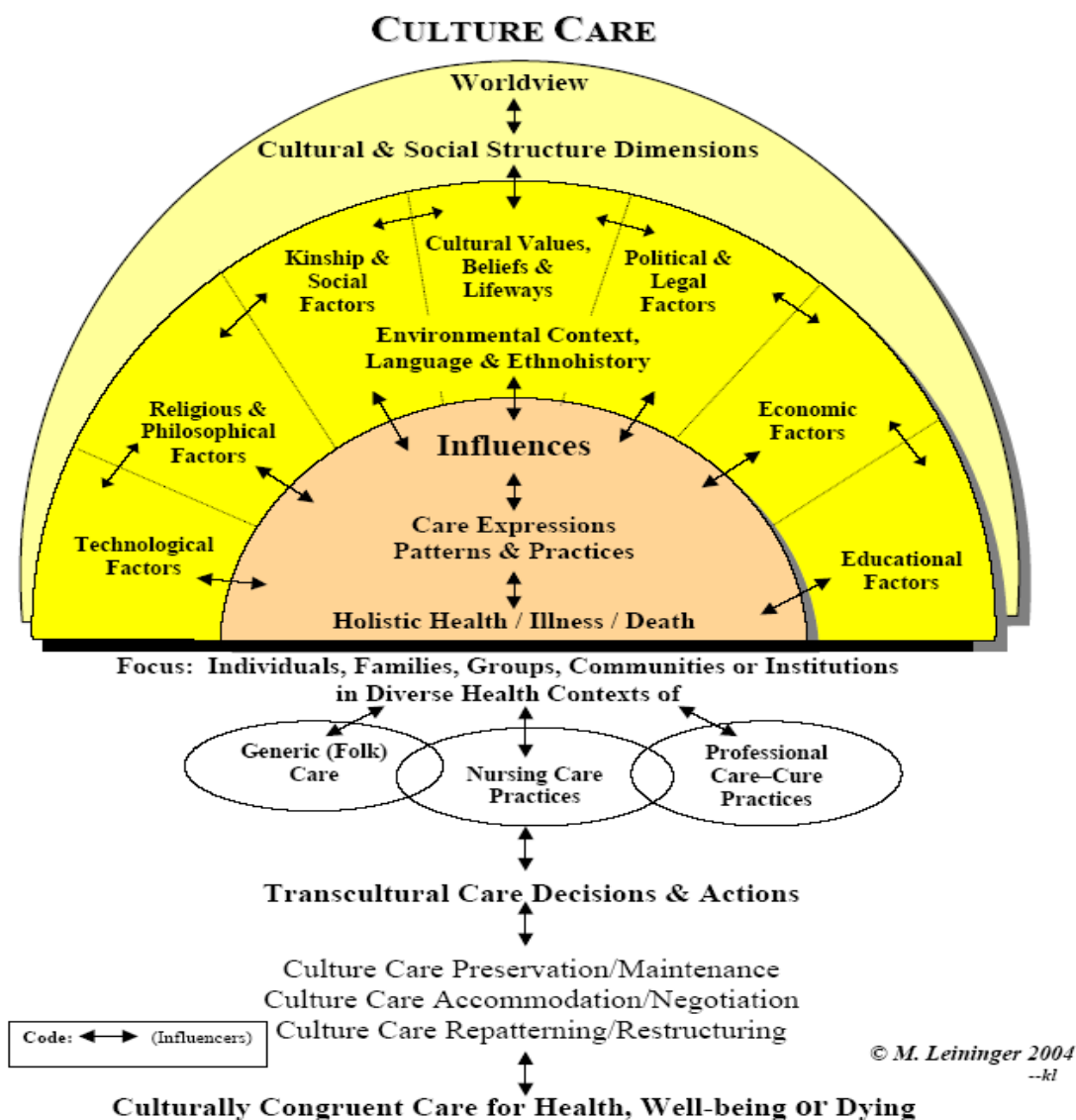
Druhá úroveň poskytuje poznatky o jednotlivcích, rodinách, skupinách a institucích v rozmanitých podobách zdravotnických systémů. Popisuje kulturně specifické významy a projevy ve vztahu k péči a ke zdraví.

Třetí úroveň vystihuje charakteristiky jednotlivých zdravotnických systémů a jejich specifické rysy. Soustředí se na lidový zdravotnický systém, profesionální zdravotnický systém a ošetřovatelství jako takové. Informace třetí úrovně umožňují identifikovat shody a odlišnosti, tedy kul-

turní diverzitu a univerzalitu.

Čtvrtá úroveň je úrovní rozhodování a provádění ošetrovatelských opatření ve třech oblastech: 1. záchovná a ochranná péče; 2. adaptační péče; 3. péče pomáhající uskutečnit změnu. Tyto oblasti pokrývají ošetrovatelskou praxi. Právě na čtvrté úrovni se rozvíjí podle modelu vycházejícího slunce kulturně kongruentní (přiměřená) péče. Péče je přiměřená svým příjemcům, ušitá na míru podle jejich potřeb, a proto ji mohou klienti přijmout s povděkem.

Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care



M. Leiningerová upozorňuje, že model „vycházejícího slunce“ je jen jednou součástí teorie kulturní diverzity a univerzality (teorie rozmanitosti a podobnosti v kulturní péči). Model byl vytvořen s cílem napomáhat studiu vlivů, které mají jednotlivé složky na zdravotní stav a péči poskytovanou jednotlivcům, rodinám a skupinám v institucích v rámci určité kultury. Autorka před-

kládá pádné důvody, *proč model používat jako vodítko kvalitativního a etnografického výzkumu v ošetrovatelství*. Zároveň M. Leiningerová upozorňuje na nebezpečí předpojatosti a aplikace pouze kauzálních a lineárních přístupů ve studiu kultur. Klade naopak důraz na zmapování skutečného stavu a odhalení podstaty a smyslu ošetrovatelské péče.

Čtyři hlavní koncepty v teorii M. Leiningerové

Pohled M. Leiningerové na hlavní koncepce metaparadigmatu ošetrovatelství je možné nepřímou odvodit z definic pojmů a předpokladů.

Koncepce metaparadigmatu ošetrovatelství	Autorka	Definice a předpoklady
LIDSKÁ BYTOST	M. Leiningerová	Lidé jsou bytosti pečující a schopné věnovat pozornost potřebám, blahu a přežití druhých.
ZDRAVÍ	M. Leiningerová	Zdraví je kulturně definovaný, ceněný a vyhledávaný stav pohody, který zrcadlí schopnost jednotlivce nebo skupiny lidí vykonávat své denní činnosti kulturně přiměřeným a prospěšným způsobem.
ENVIRONMENTÁLNÍ KONTEXT („PROSTŘEDÍ“)	M. Leiningerová	Environmentální kontext je úplnost událostí, situací a prožitků, která dává smysl lidským projevům, interpretacím a sociálním interakcím v určitém fyzickém, ekologickém, sociopolitickém a kulturním okolí.
OŠETŘOVATELSTVÍ	M. Leiningerová	Ošetrovatelství je specializovaný obor a specializovaná profese, která se zabývá projevy péče o člověka a činnostmi, které slouží k asistenci a podpoře jednotlivců nebo skupin a k tomu, aby si mohli udržet nebo obnovit zdraví a pohodu kulturně přijatelným způsobem, případně se vyrovnat s postižením nebo úmrtím.

Lidské bytosti vymezuje M. Leiningerová ve svých předpokladech nejzřetelněji. Lidé jsou bytosti pečující a schopné věnovat pozornost potřebám, blahu a přežití druhých. Fenomén lidské péče je všudypřítomný ve všech kulturách. Lidstvo přežívá napříč časem a prostorem proto, že se umí postarat o své děti i seniory, a to mnoha různými prostředky. Transkulturní ošetrovatelství navíc přihlíží k nadosobním, celosvětovým rozměrům a hledá způsoby, jak rozvíjet mezinárodní ošetrovatelskou politiku a ošetrovatelskou praxi.

Zdraví definuje M. Leiningerová definuje jako „kulturně determinovaný stav pohody, který odráží schopnost jedinců nebo skupin vykonávat denní činnosti kulturně uspokojujícím způsobem.“ Zmiňuje se o zdravotnických systémech, zdravotnické praxi, změnách v chápání zdraví, o podpoře a udržení zdraví. Zdraví je důležitým pojmem transkulturního ošetrovatelství.

Důraz kladený na znalost kultur vede k chápání zdraví jako nadkulturního jevu, ale s vědomím, že každá kultura si zvlášť vymezuje pojmy o zdraví tak, že odrážejí její hodnoty, přesvědčení a zvyklosti. Zdraví je tedy jak univerzální, tak kulturně rozlišené.

Prostředí a společnost M. Leiningerová explicitně nedefinuje. Používá místo toho pojmy světónázor, sociální struktura a environmentální kontext. Pod pojmem „environmentální kontext“ se rozumí „úplnost událostí, situací a prožitků, tak jak se jeví směrem k účelu lidských projevů

v dimenzích sociálních vztahů a v dimenzích fyzických, emočních, ekologických a kulturních.“ Leiningerová se při definování kultury soustředí na vymezenou skupinu (společnost) a její myšlenkové, činnostní a rozhodovací vzorce. V kultuře, jakožto skupině lidí v daném identifikovatelném prostředí, figurují „naučené, sdílené a předávané hodnoty, přesvědčení, normy a zvyklosti“ Ačkoliv tedy Leiningerová termínů společnost a prostředí bezprostředně nepoužívá, její koncepce kultury má k těmto dvěma veličinám významný vztah.

Ošetřovatelství je podle Leiningerové potřeba vymežit a objasnit. Podle jejích předpokladů je ošetřovatelství rozhodně profesí, která využívá kulturně přiměřené péče v řadě národů. Dalším z tvrzení Leiningerové je to, že řada sester dosud nemá dostatečnou kulturní průpravu, která by se v praxi projevila nejúplnější možnou aplikací kulturního přístupu. Rozlišujeme tři již zmiňované ošetřovatelské aktivity, splňující multikulturní kritéria: 1. záchovná a ochranná péče; 2. adaptační péče; 3. péče pomáhající uskutečnit změnu. Tyto tři typy (způsoby) jednání umožňují poskytovat péči, která co nejlépe ladí s kulturou klienta a snižuje tím kulturní stres i riziko konfliktu.



4.1.5 Model M. Leiningerové a ošetřovatelský proces

Při bližším pohledu na model „vycházejícího slunce“ je patrné, že má některé společné rysy s metodologií ošetřovatelské praxe - ošetřovatelským procesem. Jedním z důvodů je, že model i ošetřovatelský proces jsou strategiemi určenými k rozhodování. Těžištěm ošetřovatelského procesu je klient, tedy příjemce péče. Klient je ve středu pozornosti i v modelu „vycházejícího slunce“ – ten však navíc staví na znalostech o kultuře klienta a porozumění jeho zvyklostem.

Fáze získávání informací a ošetřovatelská diagnostika

Získat znalosti o mateřské kultuře jiného člověka bývá někdy pro sestru časově náročné. M. Leiningerová navíc vyjadřuje obavy, že sestry mohou prožít *kulturní šok*, anebo se začnou dopouštět kulturního vnucování (*kulturní impozice*). Ke kulturnímu šoku dochází tehdy, když se vnější pozorovatel snaží pochopit cizí kulturu a přizpůsobit se jí. To bývá často spojeno s pocity nepohodlí, bezradnosti a dezorientace ve světě jiných hodnot. Kulturní šok může vést až k pocitu zlosti. Předcházet se mu dá tím, že se seznámíme s novou kulturou ještě předtím, než do ní vstoupíme.

Kulturní impozice je termín sloužící k označení situace, kdy je příslušníkům jiných kultur kultivovaně nebo i hrubě vnucován hodnotový a názorový systém. Ve zdravotnictví se kulturní impozice nejvíce projevovала přenosem západního myšlení a zvyklostí na nezápadní klienty/pacienty.

První, druhá a třetí úroveň modelu „vycházejícího slunce“ postihuje prohlubování vědomostí a mohla by být vhodně využita k prevenci *kulturního šoku* a *kulturní impozice*. Uvedené tři fáze se podobají posuzovací a diagnostické fázi ošetřovatelského procesu. Podle modelu „vycházejícího

slunce“ však je možné danou kulturu poznat ještě dříve, než se setkáme s některým z jejích zástupců v ošetrovatelské činnosti. Na první úrovni sestra shromažďuje a zhodnocuje informace o sociální struktuře a světovém názoru klientovy kultury. Dalšími hledisky, která stojí za to prozkoumat, jsou jazyk, technologie, náboženství, filozofie, příbuzenské vztahy, hodnoty, politický a právní systém, obecné prostředí, ekonomika a vzdělávání dané kultury. Tyto poznatky mají hodnotu při dosahování kulturního souladu.

Poznatky z úrovně jedna je potřeba uplatnit na konkrétní situaci klienta, ať už je jím jedinec, rodina, skupina nebo sociokulturní instituce (druhá úroveň). Následně je třeba rozlišit, že klient žije v určitém zdravotnickém systému s lidovou i profesionální složkou a tento systém prozkoumat (třetí úroveň). Během celého tohoto procesu poznání je nutné identifikovat kulturní univerzálie i kulturní specifika. Pak lze formulovat ošetrovatelskou diagnózu s důrazem na oblasti, v nichž pacient prožívá v kulturně ošetrovatelském ohledu určitý deficit.

Fáze plánování a realizace péče

Po stanovení ošetrovatelských diagnóz následuje plánování a implementace v rámci čtvrté úrovně modelu (ošetrovatelská rozhodnutí a aktivity). Potřeby opět musí být naplňovány kulturně přiměřeným způsobem. Na platformě zachovné a ochranné kulturní péče se profesionální aktivity zaměřují na podporu a asistenci tak, aby umožnily klientovi zachovat nebo obnovit si zdraví. Příkladem může být pomoc staršímu člověku v nakupování zeleniny a ovoce, které mu poslouží jako zdravá výživa, případně vybidnutí k tomu, aby připravoval společná jídla s dalšími osobami v rámci kulturních zvyklostí.

Adaptační kulturní péče se orientuje na asistenci a podporu v přizpůsobování se stávajícím zdravotním podmínkám. Například v případě prenatálních školení pro nastávající maminky v hispánské (španělské) komunitě je třeba myslet na to, že hispánské matky si vysoce cení své možnosti pečovat o dítě, a jen zřídka by vyhledaly někoho jiného na hlídání. Hispánským stylem péče je postarat se sama o dítě a mít je na blízku. Matky možná raději přestanou navštěvovat školení, než by opustily na čas své dítě. Nebylo by správné považovat to za projev nezájmu o mateřské vzdělávání.



Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu se realizuje profesionálními zásahy, které usilují o změny vedoucí ke smysluplnému, zdraví prospěšnému způsobu života. Řekněme, že pan J.S. byl zvyklý jíst mnoho smažených a solených pokrmů, a byla u něj zjištěna hypertenze se zvýšenou hladinou cholesterolu. Důležitou složkou stravy pana J.S. je smažené kuře se slaným těstíčkem – bere si je často do práce a jí je i na oslavách. Kuře je našťástí jednou z potravin, které jsou doporučovány při dietě s nízkým obsahem cholesterolu. Přehodnocením chování (restrukturací) bude v tomto případě přechod pacienta na jinou úpravu oblíbeného kuřete. Ten, kdo v rodině u J.S. kuře obvykle chystá, by se měl naučit stahovat z něj kůžičku za účelem snížení cholesterolu a místo soli používat jiná koření. Také by měl od smažení přejít k přípravě kuřecího masa bez

tuku např. v mikrovlnné troubě. Po takových opatřeních by se pan J.S. nemusel obávat, že si častou konzumací oblíbeného jídla způsobí zdravotní potíže. Podobná opatření by se měla týkat i dalších jídel v rodině J.S.: vhodné by bylo upřednostnit malá množství tuků s nenasycenými mastnými kyselinami.

Fáze vyhodnocení dosažených výsledků

V modelu „*vycházejícího slunce*“ přímo nenalezneme fázi evaluace tak, jak je tomu v ošetřovatelském procesu, tj. průběžné a závěrečné vyhodnocení dosažených výsledků jako zpětné vazby. M. Leiningerová však přikládá velkou váhu pěstování způsobů péče, jež jsou prospěšné pro klienta. Zdůrazňuje rovněž potřebu systematického studia ošetřovatelského chování s cílem stanovit, jaká péče je vhodná v rámci dané kultury pro léčbu, zdraví a pohodu. Toto zaměření je v podstatě obdobou procesní fáze evaluace. Systematické zlepšování kulturní péče se totiž rozhodně neobejde bez vyhodnocení účinnosti a efektivity ošetřovatelských úkonů a dosažených výsledků v péči.



4.1.6 Model M. Leiningerové a obecné vědecké teorie

M. Leiningerová vytvořila svou teorii diverzity a univerzality v kulturní péči poté, co vymezila potřebu rozumět klientově kultuře, definovala transkulturní ošetřovatelství a navrhla model „*vycházejícího slunce*“. Zmíníme se ještě blíže o této teorii s ohledem na obecné rysy vědeckých teorií.

1. Teorie mohou odhalit takové vztahy, které dovolí dívat se na určitý jev novým, odlišným způsobem. Model „*vycházejícího slunce*“ navrhla M. Leiningerová proto, aby ujasnila vztahy mezi pojmy své teorie diverzity a univerzality. První úroveň jejího modelu se příliš neliší od kterékoli jiné koncepce kultury a jejich interakcí s člověkem. Navíc přináší jen to, že zasahuje do oblasti zdraví.

Druhá úroveň se zaměřuje na jedince, rodiny, skupiny a sociokulturní instituce podobným způsobem jako další ošetřovatelské teorie. Novinkou však je spojitost s kulturou, protože tu jiné teorie většinou neuvádějí. Třetí úroveň modelu pohlíží na zdravotnické systémy z pozice jejich lidovosti a profesionality (emická/generická a etická péče). Právě lidové systémy léčby a péče bývají v jiných modelech opomíjeny.

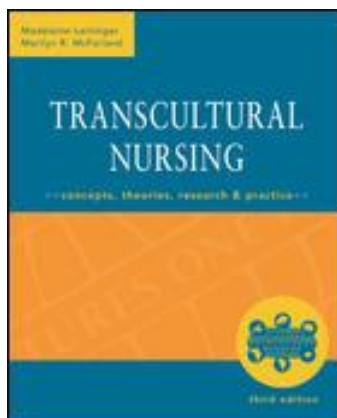
Na čtvrté úrovni vynikají rozdíly mezi péčí a rozhodováním podpůrným, přizpůsobujícím a umožňujícím dosažení změny. Toto členění je zvláštností teorie M. Leiningerové. Model „*vycházejícího slunce*“ v rámci teorie kulturní diverzity a univerzality neopomíjí ani specifika ani univerzálie. Na první a druhé úrovni převládají univerzálie a to, co je společné i jiným teoriím. Zbylé dvě úrovně jsou úrovně diverzity, typické právě pro teorii M. Leiningerové. M. Leiningerová tak nabízí nový pohled na vztahy mezi pojmy i na celý fenomén ošetřovatelské péče.

2. Teorie musí být logické. Je logické, že čím více toho o klientovi víme, tím lépe mu můžeme kulturně senzitivní péči přizpůsobit. M. Leiningerová do tohoto porozumění pojímá především znalosti kultury v širokém slova smyslu. Také model „vycházejícího slunce“ má svou vnitřní logiku. Ta postupuje od světónázoru, přes jazyk, environmentální kontext, způsoby péče a projevy individuálních, rodinných a skupinových rysů v různých systémech, až po rozhodování sestry a její ošetrovatelské aktivity/intervence v senzitivní péči.

3. Teorie by měly být relativně jednoduché, a přesto mít obecnou platnost. Teorie M. Leiningerové je úsporná a stručná v tom smyslu, že se beze změn dá aplikovat v mnoha různých prostředích. Její teorie a model nejsou snadné v tom smyslu, že by je člověk pochopil hned při prvním přečtení. Ale objasňují vztahy a potřebu ošetrovatelského modelu. Pochopením takových vztahů objevíme i srozumitelnou základní strukturu.

Teorie a model M. Leiningerové se dají zevšeobecnit. Vyznačují se takovou mírou abstrakce, která je dovoluje použít v mnoha různých situacích, a také poskytují vodítko pro rozšiřování vědomostí, které nejen nějak vznikají a dají se potvrdit, ale rovněž se dají použít v procesu péče. Nalézání nových poznatků je obecný proces, poznatky samy však musí zapadat do situace, ve které péči poskytujeme.

4. Teorie mohou být východiskem pro testování hypotéz. Za dobu rozšíření teorie o diverzitu a univerzalitu v kulturní péči proběhlo mnoho studií, které ukázaly, že z této teorie může čerpat výzkum. Několik takových studií bylo prezentováno na čtyřech transkulturních konferencích v letech 1975 až 1978 na půdě univerzity v Utahu. Výsledky konferencí jsou shrnuty v knize M. Leiningerové pod názvem **Transcultural Nursing**. Z výsledků je patrné, jak důležité je etnografické zkoumání. Navíc M. Leiningerová předložila nemálo tvrzení, která motivují k dalšímu studiu.



Hypotézy odvozené od teorie diverzity a univerzality v kulturní péči M. Leiningerové

- Mezi obvyklými schémata myšlení a chování na jedné straně, a způsoby, jakými lidé různých kultur chápou a interpretují péči na straně druhé je zjizitelný pozitivní vztah.
- Emické (vnitřní) ošetrovatelské hodnoty, přesvědčení a zvyklosti kultur budou vykazovat úzkou souvislost s každodenním způsobem života.
- Význam a uplatnění koncepcí kulturní péče se v různých kulturách liší, což má vliv na reakce poskytovatelů i příjemců péče.
- Profesionální i laická péče má úzkou vazbu na sociální a světónázorové faktory.
- Subsystemy ošetrovatelské péče mají blízký vztah k profesionálnímu zdravotnictví, ale značně se liší od lidových systémů.
- Mezi spokojeností příjemce péče a mírou kulturní vnímavosti, uplatněné při rozhodování o péči a při jejím poskytování ze strany personálu, bude pozitivní vztah.

- Pozitivní vztah odhalíme i mezi prospěchem plynoucím z péče a využitím třech typů péče: ochranné, adaptační a pomáhající dosáhnout změny.
- Pokud nebudou zdravotníci brát v úvahu hodnoty a přesvědčení klienta, dojde k nárůstu kulturních konfliktů a stresu.
- Výrazné rozdíly mezi představami poskytovatelů a příjemců péče vedou k nespokojenosti obou.
- Vysoká závislost klienta na technologické péči bude mít úzkou souvislost s odosobněnou kulturní péčí.
- Náboženské a rodinné či rodové faktory se dají změnit méně snadno než faktory technologické.
- Západní a východní kulturní hodnoty se od sebe v některých bodech liší.
- Péče o sebe sama bude zdůrazňována v kulturách, které si cení individualizmu a nezávislosti. Naproti tomu péče od jiných osob bude mít přednost v kulturách, které oceňují lidskou sounáležitost.
- Západní metody edukace pacienta se mohou prokázat jako neúčinné pro klienty z nezápadních kultur.

Je třeba poznamenat, že teorie diverzity a univerzality v kulturní péči je založena především na kvalitativním, nikoli kvantitativním výzkumu. Pro kvantitativní výzkum je charakteristické formulování pozitivistických hypotéz. Naproti tomu kvalitativní výzkum se opírá o kladení různých zkoumavých otázek.



5. Teorie přispívají k rozvoji vědomostní báze svého oboru, a to prostřednictvím výzkumu, který je má potvrzovat. Výzkum v oblasti transkulturního ošetřovatelství tímto způsobem rozšířil sumu znalostí daného oboru. Jedním z poznatků, které byly takto získány, patří pochopení hlavních směrů kulturní péče. M. Leiningerová do roku 1988 rozpoznala asi 85 směrů ve 45ti kulturách. Uvedené směry vykazovaly více rozdílů než shod. Patří k nim mimo jiné útěcha, věnování pozornosti, soucit, zvládnání, empatie, povznesení se nad věci, zájem, pomoc, podpora, ochrana, starost o rodinu, obnovení, stimulace, úleva od stresu, posílení, dohled, něžnost, doteky a důvěra.

V uplynulých třech desetiletích orientovala M. Leiningerová svou výzkumnou činnost na odhalení epistemologických principů a pochopení péče jako podstaty ošetřovatelství. Usilovala o vysvětlení a popis zdánlivých i zřejmých kulturních specifik a univerzálií. Posláním teorie M. Leiningerové je dosáhnout kulturně přiměřené (kulturně kongruentní) péče o jednotlivce, rodiny i komunity. Tato autorka považuje transkulturalizmus za opěrný bod celého ošetřovatelského vzdělávání, výzkumu a praxe, protože od sester se očekává, že budou pečovat o lidi různých kultur po celém světě. Tím se ošetřovatelství posouvá od úzkého zaměření na jedinou kulturu (unikulturalizmus) k multikulturnímu pohledu.

6. Teorie by měla být použitelná pro praxi. V textech objasňujících teorii M. Leiningerové nacházíme příklady nových poznatků, které vzešly z výzkumu a mohou se stát vodítkem pro

zkvalitnění každodenní praxe. Užitečné je například zjištění, že americké, kanadské a polynéské (havajské) sestry vnímaly ve výzkumu priority péče různě. Podle amerických sester dominuje snížení stresové zátěže a na druhém místě pohodlí klienta. Podle kanadských sester je těžištěm péče podpora. Havajské sestry považují za stěžejní sdílení v mezilidském kulturním rámci, a pak štědrost a harmonii mezi lidmi a prostředím. Z pestrosti postojů sester nepřímo vyplývá, že pestré postoje budou mít i klienti, a že je tedy potřebné této rozmanitosti věnovat pozornost. Péče je univerzální fenomén, ale významy péče se místo od místa liší.



7. Teorie musí být v souladu s jinými potvrzenými teoriemi, zákony a principy, a současně musí nechat některé otázky otevřené pro další výzkum. Teorie M. Leiningerové jsou v souladu se všemi teoriemi, ve kterých je klient ústřední osobou a není považován za pouhý „problém“. Myšlenky M. Leiningerové se v mnohém shodují s Imogene Kingovou, která zdůrazňuje potřebu mít pod kontrolou vlastní dojmy. M. Leiningerová se zabývá významem znalostí sester o vlastních kulturních rysech (sebepoznání), který pomáhá vyhnout se neúmyslným kulturním impozicím (vnucování). To je jeden z mnoha styčných bodů ošetrovatelských teorií. Jak M. Leiningerová, tak např. Watsonová kladou důraz na péči a pečování, ale v tomto případě je potřeba neztrácet ze zřetele také rozdíly obou přístupů.

Množství otázek, které v teorii a modelu M. Leiningerové zůstávají otevřeny, je větší než množství těch, které již byly zodpovězeny. Vlastně každý vztah mezi sestrou a klientem je jedinečný a vyžaduje řešení řady otázek – klienti se totiž liší nejen mezi různými kulturami, ale i v rámci jedné kultury. Každý reaguje na podněty jinak.



Účel a hlavní pojmy teorie M. Leiningerové

Účelem teorie „diverzity a univerzality“ v kulturní ošetrovatelské péči je poskytnout opěrný bod pro péči o osoby, které si cení svého kulturního dědictví a způsobu života. Hlavními pojmy teorie jsou „kultura“, „kulturní péče“, „diverzita a univerzalita v transkulturní humanitní péči“.

Dalším důležitým pojmem je „péče“, „pečování“, „emická hlediska“ (jazyk, vnímání, přesvědčení a zvyklosti jednotlivců a skupin uvnitř dané kultury), „etická hlediska“ (univerzální nadkulturní jazykové jevy, přesvědčení a zvyklosti), „lidový (laický) systém zdravotnické péče“, „profesionální systém zdravotnické péče“ a „kulturně přiměřená zdravotnická péče“ (Leiningerová, 1991, 1995).

Aplikace, důkazy platnosti a souvislosti teorie M. Leiningerové

Praktickým cílem modelu M. Leiningerové je zajistit kulturně přizpůsobenou a přiměřenou zdravotnickou péči lidem z různých kultur. Ústřední myšlenkou je důraz na to, aby sestra porozuměla postoji daného člověka k onemocnění, rozpoznala kulturní diverzitu a univerzalitu a použila získané informace k pozitivnímu ovlivnění ošetrovatelské péče a zdraví.

Teorie M. Leiningerové se často využívá ve výzkumu, a jako taková se dá použít pro jednotlivce, rodiny a skupiny na mnoha různých místech, kde se jejich kultura liší od kultury ošetřujícího personálu. M. Leiningerová (1991) poukazuje na to, že teorie vznikala postupně řadu let a vyžádala si pečlivé studium. Model Leiningerové se stal východiskem pro další modely kulturně specifického ošetrovatelství v jeho teorii i praxi (Bloch 1983; Orque 1983; Branch & Paxton 1976; Rund & Krause 1978).

Během uplynulých dvou desetiletí proběhla řada výzkumů a M. Leiningerová sama uvádí ve své knize charakteristiku 23 kulturních skupin. Mnoho vysokoškolských studentů i teoretiků využilo teorii jako východisko pro výzkum. Rešerše z roku 2001 odhalila asi 190 článků s citacemi převzatými od M. Leiningerové. Mnohé studie využily transkulturní koncepty ke zkoumání kulturních souvislostí mnoha zdravotních problémů. Higgins (2000) například uvádí, jaký dopad na kojení, krmení a zdravotní stav kojenců mají kulturní přesvědčení portorických matek. Schulmeister a Lifsey zase popisují postoje a zvyklosti spojené se screeningem karcinomu děložního čípku u vietnamských žen.



Model M. Leiningerové použili také mnozí autoři ke zjištění různých proměnných, které ovlivňují zdraví mnoha kultur a subkultur. V roce 2000 např. George uvádí studii o péči o osoby s chronickými duševními chorobami. Gordonová v roce 1994 popisuje vztah mezi kulturními postoji a lidovými léčebnými postupy u hispánské komunity.

Několik studií se zabývalo jednotlivými složkami teorie M. Leiningerové – např. etickou a emickou domácí péčí (Pacquiano, Archeval, Shelley, 1999). Další články (např. Nikkonen, 1994) použily modelu k časovému průřezu vývoje péče.

SHRnutí



Shrnutí

Od padesátých let 20. století M. Leiningerová rozvíjela svou teorii diverzity a univerzality v kulturní péči, a od 60. let zavedla do užívání termíny transkulturní ošetrovatelství a etnoošetrovatelství. I když podala dvě zčásti odlišné definice těchto dvou termínů, někdy je užívala jako synonyma.

Hlavními oporami teorie M. Leiningerové jsou pojmy: kultura, kulturní hodnota, diverzita kulturní péče, univerzalita kulturní péče, světonázor, sociální struktura, environmentální kontext, lidové zdravotnické systémy, profesionální zdravotnické systémy, zdraví, péče a pečování, zachovná a ochranná kulturní péče, adaptační kulturní péče, kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu.

Autorka každý z uvedených pojmů definuje a uvádí k němu řadu předpokladů. Vztahy mezi pojmy tvoří základ modelu „*vycházejícího slunce*“.

Model „*vycházejícího slunce*“ zachycuje čtyři úrovně úvah od kulturních a sociálních struktur, přes jednotlivce, rodiny, skupiny, instituce až po tři typy kulturní péče. Model rovněž ukazuje na důležitost řetězce poznání – od shromáždění poznatků, přes jejich zhutnění až po aplikaci. Univerzální rysy kultur jsou takové, které sdílejí hodnoty, metody a zvyklosti v péči o zdraví. Specifické rysy jsou naopak jedinečné pro člověka, rodinu, kulturní skupinu. Podle M. Leiningerové je početně více diverzit než univerzálií.

Ve společnosti složené z mnoha etnik a skupin a při uvědomění si této pestrosti má teorie diverzity a univerzality v kulturní péči svůj význam. Tato teorie neposkytuje sice konkrétní návody, ale udává určitá obecná vodítka pro výzkum a k rozhodování, jaká péče je nejprospěšnější nebo nejpotřebnější pro daného klienta. M. Leiningerová odhalila největší mezeru v dosavadní ošetrovatelské praxi a naznačila směr, kterým se máme ubírat ve snaze o zaplnění tohoto prázdného místa.

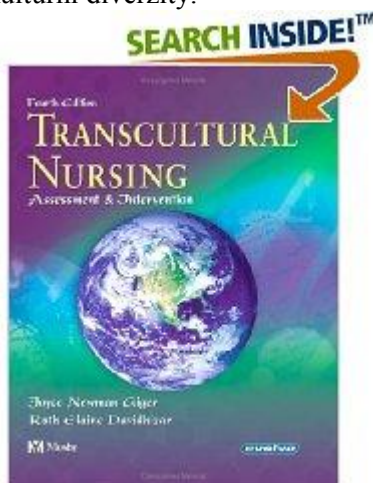


4.2 Gigerová, J. N. a Davidhizarová, R. E. – rámcová struktura pro kulturní zhodnocení

Po roce 1990 získalo transkulturní ošetřovatelství status celosvětově uznávané odbornosti, která má otevřen přístup nejen do klinické praxe, ale i do výuky a poradenské činnosti.

Gigerová, Joyce, Newman **EdD, RN,CS, FAAN** (University of Alabama, Birmingham) a **Davidhizarová**, Ruth **DSN,RN,CS,FAAN** (Bethel College) vytvořily v devadesátých letech model kulturní péče pro potřeby studentů pregraduálního studijního programu ošetřovatelství k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišné kultury. Model usnadňuje celostní, kulturně ohleduplné ošetřovatelské hodnocení stavu potřeb klienta/pacienta a tím také zefektivňuje praktickou péči. Model akceptuje praktické potřeby sester průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetřovatelském procesu a jejich vlivy na chování ve zdraví i v nemoci.

Model Gigerové – Davidhizarové vychází a současně navazuje na práci M. Leiningerové a rozpracovává další rovinu transkulturního ošetřovatelství – hodnocení stavu potřeb klienta/pacienta podle rámce zahrnujícího šesti jevů kulturní diverzity.



4.2.1 Metaparadigma modelu Gigerové - Davidhizarové

1. Transkulturní ošetřovatelství:

V kontextu modelu Gigerové a Davidhizarové (1988, 1990, 1995) chápeme transkulturní ošetřovatelství jako oblast kulturně přiměřené praktické péče, která je zaměřena na klienta a zároveň má své výzkumné úkoly.

Přes zaměření na klienta musíme však mít na paměti, že ani poskytovatelé péče nejsou kulturně nevyhranění. Každý jedinec, sestry nevyjímaje, má svůj kulturní profil. Sestra proto musí v péči dbát, aby se vyhnula projekci svých kulturních představ na klienta/pacienta. Je potřeba dobře znát své vlastní kulturní založení, abychom je byli schopni oddělit od kulturního založení klientů. I když se transkulturnímu ošetřovatelství v současnosti věnuje především vysoce specializovaný ošetřovatelský personál, je žádoucí, aby poznatky z tohoto oboru uplatňovaly všechny sestry, nehledě na akademické vzdělání a množství zkušeností. Všem sestram byla svěřena důvěra

v péči o klienty a od všech se očekává, že vynaloží úsilí nabízet všestrannou kulturně způsobilou pomoc bez zbytečných předsudků vyplývajících z rasového původu, vyznání či pohlaví. Získání kulturní způsobilosti hraje důležitou roli v úsilí o dosažení optimálního zdravotního stavu lidí všech ras, národů a kulturních skupin.

2. Kulturně kompetentní péče:

Spolu s rostoucím uvědoměním transkulturních aspektů zdravotní péče se rozšiřuje termín „kulturní kompetence“ (způsobilost pro kvalifikovanou kulturní péči).

Kulturní kompetence znamená uvědomění si samotné existence člověka s jeho způsobem myšlení, vjemy, a vlivem prostředí, aniž by to mělo nežádoucí vliv na péči poskytovanou tomu kterému klientovi. Kulturní kompetence je vlastně schopnost přizpůsobit péči klientovi, jde o vědomý proces.

Kulturní kompetence označuje dlouhodobý proces sebevzdělávání, sbírání zkušeností a rozvoje vnímavosti i interaktivních dovedností. Tento proces se promítá do osobností těch, kdo péči poskytují, i do péče samotné. Je nutné stále usilovat o takovou ošetrovatelskou praxi a postoje, které dovolují proměnit všechny ošetrovatelské intervence na příspěvek k lepšímu zdraví klienta, snížení morbidit a mortality, a také na pocit spokojenosti z pohledu klienta i personálu.

Kulturní kompetence má dynamický charakter. Umožňuje jednotlivcům, institucím a celým systémům poskytovat kulturně uzpůsobenou péči, která využívá účinných ošetrovatelských strategií, vycházejících z postojů, přesvědčení, chování a kulturního dědictví těch, k nimž je péče směřována. Získání kulturní způsobilosti hraje důležitou roli v úsilí o dosažení optimálního zdravotního stavu lidí všech ras, národů a kulturních skupin.



3. Kulturní jedinečnost člověka:

Při zajišťování kvalitní kulturně uzpůsobené péče je třeba myslet na to, že každý jedinec je svébytnou osobností s vlastním kulturním profilem, vlastní sumou prožitků a zkušeností a vlastním inventářem kulturních norem. Identita člověka nalézá své vyjádření i v osvojených kulturních zvyklostech. Přes tuto jedinečnost je však užitečným východiskem obecná znalost o dané kulturní skupině.

Ošetrovatelství, které bere ohled na kulturní diverzitu (rozmanitost), věnuje v praxi pozornost především následujícím šesti jevům: (1) komunikaci; (2) prostoru; (3) sociálnímu začlenění; (4) pojetí času; (5) vlivu prostředí a výchovy; a (6) biologickým odlišnostem.

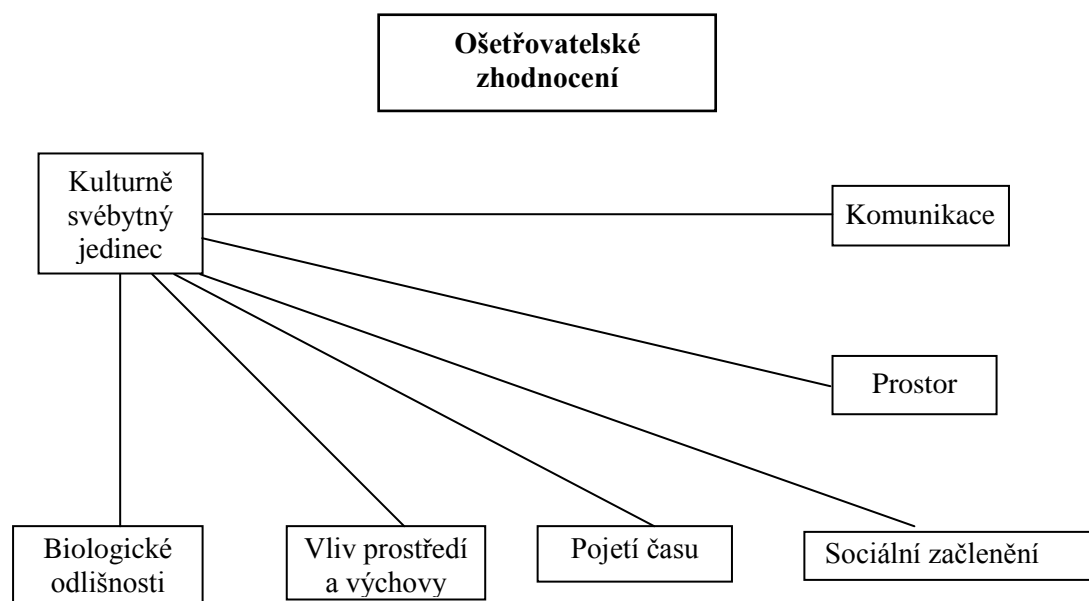
4. Kulturně senzitivní prostředí

Poskytování kulturně senzitivní péče vyžaduje, aby sestry zohledňovaly jedinečnost každého člověka, jeho minulé zkušenosti, jeho přesvědčení a hodnoty, které si osvojil v rámci generacemi tradovaných souvislostí.

Kulturně rozmanitá zdravotní péče se poskytuje v různých typech zdravotnických zaří-

zení. Ať už jde o úroveň primární, sekundární nebo terciární péče, znalost kulturních poměrů pomáhá sestře při plánování a implementaci vhodného léčebného režimu.

5. Zdraví a zdravotní stav. Je to základ kulturně specifických chorob a zdraví prospěšného chování. Individuální kulturní hodnoty, víra a postoje mají vždy hluboký smysl pro zdraví každého individua.



Šest jevů kulturní diverzity (rozmanitosti).



V praxi sestrám často chybí praktické nástroje pro sběr informací o daném klientovi. Model Gigerové - Davidhizarové může usnadnit vyhodnocování kulturních proměnných a jejich vlivu na chování člověka ve zdraví i nemoci.

Nabízí rámcovou strukturu pro systematické hodnocení šesti základních kulturních veličin:

- (1) **Komunikace**
- (2) **Prostor**
- (3) **Sociální začlenění**
- (4) **Pojetí času**
- (5) **Vliv prostředí a výchovy**

(6) Biologické odlišnosti

Všechny tyto faktory jsou v různých kulturách přítomny; liší se ale svým obsahem, svou náplní. Pokud je budeme zvažovat při práci s klienty, budeme schopni individuálního hodnocení a přístupu.

RÁMCOVÁ STRUKTURA PRO SYSTEMATICKÉ KULTURNÍ HODNOCENÍ

KULTURNĚ SVÉBYTNÝ JEDINEC:

1. Místo narození
2. Popis kultury, k níž jedinec patří
Jak tuto kulturu chápeme...
3. Rasa
Jak tuto rasu chápeme...
4. Délka pobytu v zemi (pokud je to vhodné uvést)

KOMUNIKACE:

1. Charakteristika hlasu:
 - A. silný, zvučný
 - B. tlumený
 - C. průměrný, běžný
 - D. pronikavý, ostrý
2. Výslovnost a způsob vyjadřování:
 - A. zřetelná
 - B. nezřetelná
 - C. nářeční
3. Použití pauz a mlčení:
 - A. zřídka
 - B. často
 - C. v délce:
 - (1) krátké
 - (2) střední
 - (3) dlouhé
 - (4) neurčeno
4. Použití neverbální komunikace:
 - A. pohyby rukou
 - B. pohyby očí, pohledy
 - C. pohyby celého těla
 - D. průvodní pohyby (kinezika – gesta, výraz tváře) a postoje
5. Reakce na dotek:
 - A. při doteku se ulekne nebo uhýbá
 - B. dotek přijímá jen s obtížemi
 - C. bez obtíží se dotýká i druhých
6. Klad'te otázky jako:
 - A. Jak vysvětlujete lidem svá stanoviska?
 - B. Komunikujete rádi s přáteli, rodinou, známými?

-
- C. Odpovídáte na většinu položených otázek (ať už slovy nebo gesty, aj.)
D. Když se své rodině s něčím důležitým chcete svěřit, probrat nějaké téma – jak začnete?

PROSTOR:

1. Pocit pohody či nepohody:
 - A. při narušení osobního prostoru klient uhýbá
 - B. při narušení osobního prostoru klient neuhýbá
2. Odstup při konverzaci:
 - A. 0-45cm
 - B. 45-90cm
 - C. více než 90cm
3. Vymezení vlastního prostoru:
 - A. Uveďte vzdálenost, při které se cítí klient v přítomnosti jiných osob příznivě
 - B. Jak jeho vnímání prostoru ovlivňují neživé věci (např. nábytek)?
4. Klad'te otázky jako:
 - A. Jak daleko stojíte od členů své rodiny, když s nimi hovoříte?
 - B. Jak daleko stojíte při rozhovoru se spolupracovníky a známými?
 - C. Jak se cítíte a jak reagujete, když se Vás dotkne někdo cizí?
 - D. Jak se cítíte a jak reagujete, když se Vás dotkne milovaná osoba?
 - E. Vyhovuje Vám zde vzdálenost od personálu?

SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ:

1. Zdravotní stav
 - A. výrazně zhoršený
 - B. mírně zhoršený
 - C. dobrý
 - D. vynikající
2. Rodinný stav
3. Počet dětí
4. Žijí rodiče nebo zemřeli?
5. Klad'te otázky jako:
 - A. Co považujete za společenské aktivity?
 - B. Jakým činností se rád(a) věnujete?
 - C. Co děláte ve volném čase?
 - D. Věříte v Nejvyšší Bytost?
 - E. Jak tuto Nejvyšší Bytost uctíváte?
 - F. Jaká je Vaše pozice v rodině (co máte na starosti)?
 - G. Jaká je Vaše role v rodině (otec, matka, dítě, rádce)?
 - H. Kdo Vás v dětství nejvíce ovlivnil (nebo co Vás nejvíce ovlivnilo)?
 - I. Jaký jste měli či máte vztah se sourozenci a rodiči?
 - J. Čím je pro Vás práce?
 - K. Popište stručně svá minulé, nynější a plánovaná zaměstnání.
 - L. Máte politické zaměření?
 - M. Jak vaše politické názory ovlivnily Váš přístup ke zdraví a nemoci?

POJETÍ ČASU:

1. Zaměření na:
 - A. minulost
 - B. přítomnost
 - C. budoucnost
2. Vnímání času:
 - A. sociálně zaměřené
 - B. podřízené hodinám
3. Psychochemické reagování na čas
 - A. v noci spí 8 či více hodin
 - B. uléhá a vstává v pravidelném denním rytmu
 - C. uvědomuje si důležitost přijímat léky a terapeutické intervence v danou dobu
4. Kladte otázky jako:
 - A. Jaký ukazatel času míváte běžně u sebe?
 - B. Když máte setkání ve 14 hodin, kdy považujete za přijatelné přijít?
 - C. Když Vám sestra sdělí, že dostanete lék asi do půl hodiny, kdy se o lék upomenete (kdy jej budete urgovat)?

VLIV VÝCHOVY A PROSTŘEDÍ:

1. Kontrola nad vlastním životem:
 - A. je buď kladena dovnitř osobnosti (klient věří, že změny a vliv na okolnosti vyvěrají z nitra)
 - B. nebo je kladena vně osobnosti (klient věří, že jeho život ovlivňuje především osud, náhoda).
2. Hodnotová orientace:
 - A. věří v nadpřirozené síly
 - B. spoléhá na kouzla, zařikávání; nebo spoléhá na modlitbu
 - C. nevěří v nadpřirozené síly
 - D. nespolečá na kouzla, zařikávání; nespolečá na modlitbu
3. Kladte otázky jako:
 - A. Jak často k Vám domů chodí návštěvy?
 - B. Případá Vám přípustné, aby hosté přicházeli neohlášení?
 - C. Jak se k Vám rodiče nebo další osoby chovaly v době nemoci, když jste byl(a) ještě dítě?
 - D. Stalo se Vám nebo Vaším blízkým, že jste utrpěli škodu po použití nějakého domácího léčiva?
 - E. Které domácí léčivé prostředky naopak pomohly? Vráťte se k nim případně v budoucnu?
 - F. Jak byste definoval(a) „dobré zdraví“?
 - G. Jak byste definoval(a) „chabé zdraví“?

BIOLOGICKÉ ODLIŠNOSTI:

1. Proveďte kompletní fyzikální vyšetření a všimněte si:
 - A. tělesné konstituce, postavy (drobná, střední, rozložitá)
 - B. barvy pokožky
 - C. neobvyklých změn v barvě kůže
 - D. barvy vlasů a jejich hustoty v různých místech
 - E. dalších viditelných znaků (keloid, chloasma)

- F. hmotnosti
- G. výšky
- H. laboratorních hodnot hemoglobinu, hematokritu, výskytu srpkovitých buněk u osob tmavé pleti a u obyvatel ze Středozeří

2. Klad'te otázky jako:

- A. Jaké choroby a onemocnění jsou běžné ve Vaší rodině?
- B. Ví někdo ve Vaší rodině o tom, že by mohl mít genetický sklon k určité nemoci?
- C. Popište, jaké bývá typické chování Vaší rodiny, když někdo onemocní.
- D. Jak odpovídáte a reagujete, když jste podrážděný/á?
- E. Kdo nebo co Vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy?
- F. Jakým jídlům dáváte Vy a Vaše rodina přednost?
- G. Měl(a) jste někdy neobyčejnou chuť na světlou nebo tmavou hlínu/jíl? prádelní škrob?
- H. Jaká jídla jste jedl(a) v dětství?
- I. Která jídla v rodině považujete za tradiční a oblíbená?





OŠETŘOVATELSKÉ ZHODNOCENÍ KULTURNĚ OŠETŘOVATELSKÝCH SPECIFIK

1. **Zjistěte**, zda se klient kulturně asimiloval, nebo zda zachovává své původní kulturní zvyklosti.
2. **Zařad'te** do plánu ošetrovatelské péče příslušné údaje:
 - A. **Vybídněte** klienta ke společnému rozhovoru o kulturních odlišnostech; lidé z různých kultur mohou pomoci sestřám získat nový náhled na řadu věcí.
 - B. **Snažte se** akceptovat a zužitkovat klientův způsob komunikace.
 - C. **Respektujte** osobní prostor klienta.
 - D. **Respektujte** právo klienta ctít a uctívat Nejvyšší Bytost podle jeho přesvědčení.
 - E. Případně kontaktujte duchovně způsobilé spoluvěřící klienta.
 - F. **Zjistěte**, jak duchovní zvyklosti ovlivňují zdraví a život klienta, jeho kvalitu života (např. svědkové Jehovovi nepřijímají krev a některé složky krve; někteří klienti jedí pouze košer pokrmy, apod.)
 - G. **Zjistěte**, o co se klient zajímá, zvláště když o něj budete pečovat delší dobu při rehabilitaci, apod.
 - H. **Respektujte** časové a hodnotové orientace klientů i s jejich zvláštnostmi. Při aktuální úzkosti a obavách z budoucnosti se snažte poskytnout útěchu a uklidnění.
 - I. **Zajistěte** soukromí přiměřené potřebám klienta a jeho zdravotnímu stavu (Pozn.: Vnímání bolesti a reagování na ni může být kulturně podmíněné.)
 - J. **Všimějte** si lidových léčebných postupů v rámci klientovy kultury:
 1. identifikujte a podporujte efektivní lidové postupy
 2. identifikujte dysfunkční postupy a upozorněte klienta na jejich dysfunkčnost
 3. identifikujte neutrální postupy a zvažte, zda v dlouhodobém důsledku nebudou působit negativně
 - K. **Všimějte** si jídelních návyků:
 1. zajistěte stravu podle představ klienta, nakolik to jeho zdravotní stav a dlouhodobý prospěch dovolí. Přitom musí být nemocniční kuchyň schopna tyto položky zajistit.
 2. všimějte si jídelních a dietních zvyklostí, které mohou mít pro klienta závažné důsledky.



4.3 Andrews., M. a Boyle, S. J. – osnova ke kulturnímu zhodnocení

OSNOVA KE KULTURNÍMU ZHODNOCENÍ PRO POSKYTOVATELE PÉČE O ZDRAVÍ podle Andrews/Boyle

Kulturní vazby

K jaké kulturní skupině se klient cítí být vázán (hispánská, indiánská...aj., případně několik skupin současně)? Do jaké míry se s těmito kulturami ztotožňuje (okrajově, nebo jako právoplatný člen)?

Kde se klient narodil?

Kde a jak dlouho klient v uplynulých letech žil – v jaké zemi, městě...? Kde žije nyní? Kde a v jakém zaměstnání pracuje? Pokud se přistěhoval z jiné země, může být užitečné vědět o běžných nemocích v dané zemi.

Hodnotová orientace

Jaké má klient postoje, hodnoty a přesvědčení o takových životních událostech a stavech, jako je narození, smrt, zdraví, nemoc? Jaký má postoj ke zdravotníkům?

Ovlivňuje klientova kultura způsob, jakým vnímá změny ve svém těle, přicházející v důsledku onemocnění nebo chirurgického zákroku? (Jak důležitý je pro něj vzhled, krása, síla, role v kulturní skupině?) Dostává klient v důsledku nemoci určité kulturní stigma? (Jaký je převažující pohled jeho kultury na takovou nemoc?)

Jak klient vnímá a chápe práci, zaměstnání, odpočinek a vzdělání?

Jak klient vnímá a toleruje změny?

Jak vnímá a toleruje změny ve svém životě, které vyplývají z jeho nemoci či operačního zákroku?

Jak významné jsou pro klienta soukromí, zdvořilost a laskavost, doteky, vztahy s lidmi různého věku, pohlaví a z různých kast nebo sociálních vrstev?

Jak klient vnímá vědeckou biomedicínskou zdravotní péči? (podezřívavě, s obavami, smířlivě...)
Jaký má klient vztah k lidem nepatřícím k jeho sociální skupině? (stažení, slovní nebo mimoslovní vyjádření, negativní nebo pozitivní vztah...)

Kulturní sankce a restrikce (omezení)

Jak se klientova kultura staví k vyjadřování emocí a pocitů, k duchovním záležitostem, k náboženským přesvědčením? Jaký způsob vyjádření smutku a jaké pohřební obřady se v dané kultuře považují za přijatelné?

Jak muži nebo ženy vyjadřují skromnost? Má kultura určitá očekávání ohledně vztahu mezi muži a ženami – nevyjímaje sestry a klienty?

Řídí se klient nějakými omezeními v oblasti sexuality, odhalování částí těla, případně v oblasti chirurgických zákroků (amputace, vasektomie, hysterektomie)?

Má klient a jeho kultura určitá tabu nebo strach v oblasti neznámého? Má námitky vůči rozhovorům o zemřelých?

Komunikace

Jakým jazykem klient mluví doma? Jaký jiný jazyk ovládá slovem či písmem? Který jazyk by si zvolil pro komunikaci se zdravotníky?

Jak plynně klient hovoří a píše anglicky/česky? Je třeba mít na paměti, že ve stresu, souvisejícím s nemocí, klient může změnit svou preferenci jazyka.

Potřebuje klient tlumočnicka? Pokud ano, může tuto funkci převzít některý z jeho příbuzných nebo přátel? Může mít klient výhrady vůči tlumočnickovi? Koho by si nepřál? (např. člověka opačného pohlaví, mladšího nebo staršího, příslušníka znepřáteleného národa nebo kmene...)

Jak si klient přeje být osloven? Jakými pravidly se řídí jeho jazyk a styl vyjadřování?

Je třeba se při vyšetřování a terapeutické komunikaci přizpůsobit klientovi a jeho kulturnímu zázemí, pokud jde o tempo řeči, oční kontakt, choulostivá témata, normy důvěryhodnosti, způsob vysvětlování?

Jak se klientovo neverbální vyjadřování liší od vyjadřování v jiných kulturách? Jaký to má vliv na vztah klienta s vámi a s dalšími členy zdravotnického týmu?

Jak klient vnímá zdravotníky, kteří pocházejí z odlišné kultury (zdravotníky černé pleti, sestry ze středních sociálních vrstev, apod.)? Přeje si klient být v péči sestry patřící ke stejné kultuře, věkové kategorii, apod.?

Jaké jsou celkové kulturní charakteristiky klientovy slovní i mimoslovní komunikace a myšlenkových procesů?

Zvyklosti a přesvědčení týkající se zdraví

Co je podle klienta příčinou nemoci? (boží hněv, nerovnováha horkého a chladného principu /jin, jang/, trest za morální poklesky, ztráta duše, očarování, patogenní mikroorganismy...)

Jaké kulturní představy má klient o ideální postavě a tělesné konstituci? Jak klient vnímá sám sebe ve srovnání s ideálem?

Jak klient nazývá svůj zdravotní problém, svůj zdravotní stav?

Co podle klientova přesvědčení přispívá ke zdraví? (příjem určité potravy, nošení amuletů, spánek, odpočinek, dobrá výživa, omezení stresu, tělesné cvičení, modlitba, rituály, svatí přímluvci...)

K jakému náboženství se klient hlásí? (islám, letniční hnutí, západoafrické voodoo, adventizmus sedmého dne, katolicismus, mormonská víra, judaismus...) Jak dalece se klient zapojuje do činnosti této náboženské společnosti?

Důvěřuje klient lidovým a laickým léčitelům? (curandero, šamani, kněží, mniši...) Kdo posuzuje, zda je klient zdravý, či nemocen? Kdo volí příslušný způsob léčby? Kdo určuje, kam se v případě nemoci obrátit?

Jaké lidové metody léčby klient používá? (bylinářství, lektvary, masáže, nošení talismanů nebo měděných náramků na ochranu před zlými silami, uzdravovací obřady, zaříkávání...)

Jak se klient staví k biomedicínským vědecky orientovaným poskytovatelům péče? Jak klient a jeho rodina vnímají zdravotní sestry? Co od nich očekávají?

Co patří k typické kulturní roli nemocného? Kdo posuzuje, zda se již jedná o příznaky onemocnění, či nikoliv? Kdo posoudí, zda už se klient uzdravil? Kdo o něj doma pečuje?

Jak klientova kulturní komunita pohlíží na duševní onemocnění? Co považuje za přijatelné při tělesných onemocněních na jedné straně, a duševních na druhé?

Výživa

Na které složky výživy má klientova kultura vliv? Jaký má pro něj jídlo a stolování význam?

S kým klient obvykle jí? Co jí? Jaký je časový rozvrh a pořadí jídel?

Co přesně považuje klient za potravu? Co vnímá jako „zdravou“ a „nezdravou“ stravu?

Kdo a kde pro něj nakupuje potraviny? (v etnických nebo běžných obchodech...) Kdo vaří a připravuje pokrmy?

Jak se potraviny v klientově domácnosti upravují? Užívají se tuky? Jak dlouho se vaří zelenina? Jaké se používá koření?

Zvolil si klient, že se bude vyhýbat jení masa, případně pití alkoholických a kvašených nápojů?

Mají na skladbu potravy vliv náboženské postoje? (vliv na množství a druh jídla, způsob přípravy, vymezení přijatelných kombinací, pravidla košer úpravy...) Vyhýbá se klient v určitých obdobích roku nebo při některých jiných příležitostech některým pokrmům? Jak to souvisí s náboženským kalendářem?

Pokud klientovo náboženství předepisuje nebo doporučuje půst, co se půstem přesně myslí? (vystříhání se určitých jídel, omezení množství jídla, příjem potravy jen ve vymezené denní době...) Jak dlouho klient půst dodržuje?

Vyhýbá se klient během půstu i nápojům? Dovoluje jeho náboženské přesvědčení upustit od postních zvyklostí v době nemoci?

Sociální a ekonomické souvislosti

Kdo tvoří pro klienta sociální síť? (rodina, přátelé, vrstevníci a kolegové, lidoví léčitelé...) Jaký vliv mají tito lidé na status klienta ve zdraví i nemoci?

Jak členové kulturní sítě sociální podpory chápou poskytování péče? (trvalá přítomnost u nemocného, výpomoc, poskytnutí materiální podpory, péče o rodinné příslušníky...) Jaké role přijímají během nemoci jednotliví rodinní příslušníci?

Jak se rodina klienta podílí na podpoře zdraví a ošetrovatelské péči? (změny životního stylu, koupání, krmení, taktilní kontakt...)

Má rodinná struktura typická pro danou kulturu vliv na klientovu reakci ve zdraví i nemoci? (silné a slabé stránky, role sociálního postavení...) Má někdo v rodině vůdčí pozici při rozhodování v oblasti zdraví? (např. babička v mnoha afroamerických rodinách a nejstarší syn v asijských rodinách...)

Kdo především je živitelem rodiny? Jaký má roční příjem? (Pozn.: u této citlivé otázky je potřeba být opatrný.) Vydělává v rodině více osob? Má rodina další zdroje příjmu – širší příbuzenstvo, příjmy z investic?

Co všechno pokrývá klientovo pojištění (zdravotní péči, péči v těhotenství...)?

Jaký vliv mají ekonomické podmínky na životní styl, na bydlení a možnost získat odbornou péči? Jak podmínky v klientově domácnosti ovlivňují ošetrovatelské úkony? (bezbariérový přístup, zavedení vody a elektřiny...)

Organizace zaměřené na pomoc občanům

Jak ovlivňují společenské organizace dostupnost zdravotní péče? (Organizace cestujících zaměstnanců, Národní organizace pro podporu barevné populace NAACP, církve, školy, Městská liga, komunitní centra...)

Výchovné a vzdělávací zázemí

Jakého nejvyššího vzdělání klient dosáhl?

Má vzdělání klienta vliv na jeho způsobilost spolupracovat se zdravotnickým systémem, vyhledat potřebnou péči, nechat se poučit o chorobě a léčebném režimu, přečíst si potřebné formuláře, pojistné záznamy, instrukce, výsledky vyšetření, přijímací dotazníky?

Umí klient číst a psát česky/anglicky? Jakému jazyku on sám dává přednost? Jsou k dispozici informační materiály v rodném jazyce klienta?

Jaký styl učení klientovi nejlépe vyhovuje? Dává přednost tištěným materiálům nebo osobnímu vysvětlení či předvedení?

Náboženské vazby

Jak klientovy náboženské vazby ovlivňují zdraví a nemoc? Jak se vztahují k umírání, chronickým postižením, změnám vzhledu, příčinám a důsledkům onemocnění?

Jakou roli v průběhu nemoci hrají náboženské zvyklosti? Váží se nějaké zvláštní obřady či žehnání k terminálně nemocným pacientům?

Provádí někdo ve prospěch klienta obřady či úkony, které mají zlepšit jeho stav? Pokud ano, kdo je provádí?

Jakou roli hrají v nemoci i ve zdraví náboženští zástupci a představitelé? Má někdo zvláštní autoritu ve věcech zdraví? (muslimští imámové, zástupci hnutí Křesťanské vědy, katoličtí duchovní, mormonští starší, buddhističtí mniši...)

Kulturní vlivy v oblasti četnosti onemocnění

Má klientova kulturní skupina zvláštní genetické či získané predispozice k určitým onemocněním? (hypertenze, srpkovitá anémie, morbus Tay Sachs /dědičná metabolická porucha, obvykle spjatá s aškenazskými židy/, G6PD /deficit enzymu G6PD u osob ze Středozeří, favismus/, nesnášenlivost laktózy...)

Jsou některé sociálně a environmentálně podmíněné nemoci a stavy v dané kultuře častější než jinde? (otravy olovem, alkoholismus, zneužívání drog, HIV/AIDS, ušní infekce, rodinné násilí...)

Má klient vůči některým nemocím zvýšenou odolnost? (např. proti rakovině kůže - u tmavě pigmentovaných osob, proti malárii - u osob se srpkovitou anémií...)

Biokulturní variace

Má klient některé fyzické rysy typické pro jeho kulturu nebo etnikum? (barva kůže, struktura vlasů...) Má specifické anatomické poměry? (konstituce, výška, hmotnost, rozměry končetin, tvar a rozložení obličeje – nos, oči, kontury tváře...)

Jaký mají anatomické etnické a rasové proměnné vliv na fyzikální vyšetření klienta?

Vývojové souvislosti

Existují v kultuře klienta nějaké vývojové zvláštnosti? (denzita kostí, psychomotorické rysy, kožní řasy...)

Jaké jsou rozhodující faktory pro hodnocení vývoje dětí od narození až do adolescence? (očekávaný vzrůst, začátek chůze, nočník, seznámení se s novými druhy jídla, rozdíly mezi pohla-
vími, poslušnost, socializace do dospělých rolí...)

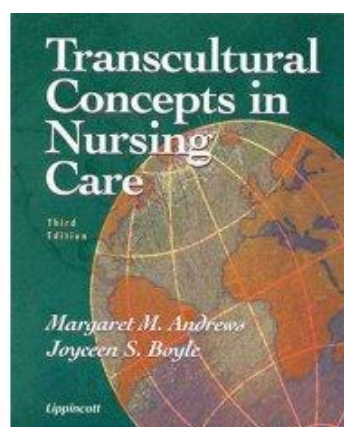
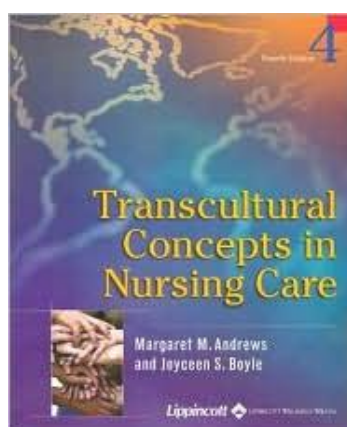
Jak klientova kultura vnímá stárnutí a stáří? Cení se více mládí nebo moudrost staršího věku?

Jak se zachází se seniory? Pečují o ně děti doma, jdou do domova důchodců...? Jaké kulturní role přináležejí stárnoucím občanům?

Očekává senior, že se o něj bude rodina starat? Co se považuje za humánní povinnost?

Je stárnoucí člověk izolován od kulturních zdrojů podpory, nebo je zaplaven péčí ze strany pří-
buzných a přátel?

Obstarává některé činnosti v péči o seniora kulturně přijatelná instituce, nahrazující v tomto
ohledu členy nejbližší rodiny?



SHRNUTÍ KAPITOLY TEORIE TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ



Shrnutí
kapitoly

V této kapitole je pojednáno o teoriích a modelu „Kulturní péče“ Američanky Madeleine Leining-
rové, která je zakladatelkou a představitelkou nově se rozvíjející disciplíny Transkulturního ošet-
řovatelství. Konceptce rozvoje této oblasti ošetřovatelství začala vznikat v padesátých letech
20.století v souvislosti s vysokou migrací lidí a prudkým ekonomickým a společenským rozvo-
jem ve světě po 2. světové válce. M. Leiningrová pracovala jako specialista na dětském psy-
chiatrickém oddělení ve středisku pro pomoc rodičům a dětem na americkém středozápadě. Zjiš-
ťovala velké kulturní rozdíly mezi dětmi a jejich rodiči a uvědomila si, že poskytovaná péče o
jejich zdraví nerespektuje kulturní dimenzi. V té době během doktorského studia v oboru antro-
pologie začala pracovat na teoretických základech této disciplíny. Dalším krokem v její doktor-
ské práci pak bylo rozpracování předpokladu, že různé kultury různě vnímají, chápou a realizují
péči o své zdraví, přesto však jeví určité známky univerzality, které jsou společné všem světo-
vým kulturám.

Model, který sama M. Leiningrová nazvala „vycházející slunce“ vznikl na základě teorie kul-

turní diverzity a univerzality. Sestry jej používají už téměř 40 let s cílem poskytovat klientům/pacientům kulturně ohleduplnou a přiměřenou péči – šitou na míru podle jejich potřeb.

Ošetrovatelství jako profese má transkulturní povahu, proto je důležité, aby si sestry tuto skutečnost uvědomovaly. Respektování kulturních odlišností činí tuto péči účinnou, legitimní a relevantní.

Transkulturní ošetrovatelství získalo status celosvětově uznávané odbornosti. V práci M. Leiningerové pokračují její nástupci např. J.N.Gegerová, R.E.Davidhizarová, M.Andrews, S.J.Boyle. Jejich rámcová struktura pro kulturní zhodnocení klienta/pacienta a osnova ke kulturnímu zhodnocení pro poskytovatele péče jsou mimo jiné i prakticky zaměřené a umožňují jak sestřím, tak i studentům ošetrovatelství systematicky posoudit kulturní zázemí daného jedince nebo skupiny.



5 CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE

RYCHLÝ NÁHLED DO PROBLEMATIKY KAPITOLY CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE

V průběhu uplynulých padesáti let došlo ve skladbě obyvatel České republiky ke změnám jednak z důvodů emigrace desetitisíců lidí na Západ, jednak přibylo v českých zemích asi půl milionu Slováků, kteří zůstali po rozdělení Československa od počátku roku 1993. Část cizinců se do České republiky dostává požádáním o azyl.

**Rychlý
náhled**

CÍLE KAPITOLY CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE

Po úspěšném a aktivním absolvování této KAPITOLY

Budete umět:

- vysvětlit důsledky migrace obyvatelstva po roce 1989 v České republice
- vysvětlit potřebu azylových zařízení v České republice
- vyjmenovat státy, z nichž v České republice žije nejvíce imigrantů

**Budete
umět**

Získáte:

- přehled o rozmístění cizinců v České republice
- poznatky o integraci cizinců a jejich ekonomické aktivitě v České republice
- poznatky o zajištění dostupnosti zdravotní péče cizincům v České republice

Získáte

Budete schopni:

- demonstrovat poznatky zvyčích a tradicích imigrantů z bývalého Sovětského svazu
- demonstrovat poznatky o zvyčích a tradicích u cizinců asijského původu žijících v České republice
- demonstrovat poznatky o zvyčích a poznacích japonského a mongolského etnika

**Budete
schopni**

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Ke studiu této kapitoly budete potřebovat 10 – 16 hodin času.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY CIZINCI V ČESKÉ REPUBLICE

Cizinci, migrace populace, azylová zařízení, demografické znaky cizinců, integrace cizinců, zvyky a tradice etnik, dostupnost zdravotní péče cizincům, kasuistiky, jazyk, komunikace, náboženství, odívání, tělesný vzhled.

**Klíčová
slova**

5.1 Procesy migrace v České republice

Česká republika a procesy migrace:

Česká republika je jako středně velký průmyslový a vyspělý stát cílem migrací pro skupiny osob i jednotlivce jak ze sousedních zemí, tak i ze vzdálených oblastí. V ČR se přechodně (dočasně) nebo trvale usídlují lidé z různých kontinentů, příslušníci různých kultur, náboženství i barvy pleti. I když prozatím netvoří početně významnou skupinu obyvatelstva, přesto jsou již dnes spolu s početně jednoznačně dominujícím českým obyvatelstvem součástí multietnické a multi-kulturní společnosti.

Migrace obyvatelstva je součástí dějin lidské společnosti. I na území dnešní České republiky se spolu v minulosti mísily přistěhovalecké slovanské kmeny s dříve usedlým keltským, germánským a jiným obyvatelstvem. Velkým zdrojem migrací vždy byly války, ekonomické rozdíly mezi zeměmi a politické převraty.

České země podobně jako ostatní země Evropy nebyly a nejsou jen cílem migrací, ale také jejich zdrojem. Obyvatelstvo emigrovalo v minulosti především do Severní, ale i Jižní Ameriky, Austrálie, ale i v době Rakouska-Uherska do blízké Vídně, ale i na Balkán a do Ruska. Ve všech těchto zemích ještě dnes žijí relativně početné skupiny obyvatel hlásící se k zemi svého původu.

Emigrace z Československa měla také politické důvody a souvisela s vytvořením totalitních systémů, německé okupace, později komunismu. Kromě toho zahrnovala i poválečné vysídlení sudetských Němců a Maďarů. Ve všech těchto případech šlo o velké přesuny obyvatelstva. Transfer Němců z poválečného Československa např. představoval 2,5 milionů osob. Naopak v poválečném období se přistěhovaly tisíce Řeků, vrátili se reemigranti z Volyně, Rumunska, Maďarska, ale i ze zámoří.

Tímto konstatováním chceme zdůraznit, že obyvatelstvo České republiky je trvale doplňováno imigranty a dnešní přistěhovalectví není nic nového. Početné migrace nejsou ničím novým a je třeba je považovat za přirozenou součást života společnosti.

Tyto skutečnosti je potřebné si uvědomit, když uvažujeme o problémech současné imigrace do České republiky. Pohyb lidí z jedné země do druhé, promíšenost obyvatel různého původu, barvy pleti, kultury bude stále častěji provázet život dnešních i budoucích generací. Stane se nedílnou součástí každodennosti a je třeba s ním počítat.

Kromě Slováků se do České republiky v posledních desetiletích přistěhovali hlavně ze Slovenska, ale i z Maďarska a Rumunska početné skupiny Rómů. Také mezi Rómy jsou dnes v České republice jak občané ČR, tak i cizinci.



Po roce 1989 se počet cizinců a jejich složení výrazně změnilo, otevření hranic a změny v zemích, dříve označovaných za socialistické, přineslo imigraci ze států bývalého SSSR. Válka v Jugoslávii zvýšila přistěhovalectví z Balkánu. Do České republiky se přistěhovaly také skupiny osob ze západních zemí, ale i z arabského světa a Asie. Někteří se v České republice usadili natrvalo a získali povolení k trvalému pobytu nebo i občanství ČR. Někteří měli zájem jen o přechodný pobyt (Česká republika slouží pro část cizinců jako cesta do západních zemí), nebo se po krátkodobém pobytu vrací zpět do své země.

V České republice jsou i nelegální přistěhovalí, o nich, jejich počtu a složení, statistiky přirozeně neinformují a žijí zde také osoby bez státního občanství.

Podle dnes platného zákona o pobytu cizinců č. 321/1999 Sb. se považuje za přechodný ten pobyt, který je určen k době do 90 dnů, může být prodloužen do 1 roku a opakovaně prodloužován o 365 dnů, s tím, že cizinec potřebuje prodloužení z důvodu zaměstnání, podnikání aj. důvodů o další rok. Trvalý pobyt – doklad o trvalém pobytu se vystavuje na 5 let. Je to zejména z rodinných důvodů - sjednocení rodin, také z humanitárních důvodů apod. Po deseti letech nepřetržitého pobytu může o trvalý pobyt požádat každý cizinec.



Někteří cizinci žijící v České republice trvale několik let usilují o získání občanství ČR. Nabývání a pozbývání občanství České republiky je řešeno jednak zákonem 40/1993 Sb., jednak jeho novelou 194/1999 Sb. Občanství se nabývá narozením, osvojením, určením otcovství nebo nalezením na území ČR. Státní občanství je možné udělit fyzické osobě, která splňuje tyto podmínky: Má na území České republiky povolen nejméně 3letý trvalý pobyt a zdržuje se převážně v ČR. Prokáže, že nabytím státního občanství České republiky pozbude dosavadní státní občanství, nebo prokáže jeho pozbytí. Tato osoba nesmí být v posledních 4 letech pravomocně odsouzena pro úmyslný trestný čin a musí prokázat znalost českého jazyka.

5.1.1 Azylová zařízení v České republice

Azylová zařízení v České republice:

Multikulturní přístup ke klientům je aktuální zvláště v azylových zařízeních. Část cizinců se do České republiky dostává požádáním o azyl. Azylové řízení je upraveno zákonem č. 325/1999 Sb. s pozdějšími úpravami. Cizinci podávají žádost o udělení azylu, v níž uvedou důvody žádosti. Správní orgán pak provádí s cizincem rozhovor a shromažďuje doklady o udělení azylu. V případě, že cizinci není vyhověno, může se proti rozhodnutí odvolat k ministru vnitra. Azylanty bývají lidé bez dokladů, osoby nebo skupiny osob, které se dostaly do České republiky ilegálně, např. přes zelenou hranici.



O azyl požádalo v České republice v roce 1999 7 309 a v roce 2000 1 059 cizinců. Jsou to především státní příslušníci Ukrajiny, kteří mezi žadateli o azyl představují plnou třetinu osob. Co do počtu žadatelů jsou na druhém místě Vietnamci (10,6%), třetí místo zaujímají občané Bulharska, následují občané Ruské federace, Rumunska, Arménie, Kuby, Řecka, Bosny a Hercegoviny, Makedonie, Jugoslávie. Desítky osob jsou imigranti z Afghánistánu, Íránu. O azyl žádají imigranti z více než 40 států světa.



Azylanty, zvláště ti, kteří měli statut uprchlíka (byli např. ve své zemi politicky pronásledováni),

vání nebo ohrožení válkou) mohou získat státní občanství ČR.

Azylová zařízení jsou jednak přijímací, jako je tato instituce umístěna na mezinárodním letišti Praha-Ruzyně, Vyšší Lhoty v okrese Frýdek-Místek a Červený Újezd v okrese Teplice. V tomto zařízení jsou cizinci do doby nabytí právní moci o rozhodnutí o udělení azylu. Cizinci je zajištěno stravování, základní hygienický standard a zdravotní péče. Pobyt si hradí žadatelé plně nebo zčásti. Cizinec může pobývat také v soukromí.

Dále jsou zařízení pobytová, ta může cizinec opustit kdežto přijímací nikoliv. Pobytová střediska jsou v Zastávce u Brna, v Bělé pod Bezdězem, dále v Havířově, v Seči u Chrudimi, v Bruntále, ve Zbyšově u Brna, ve Stráži pod Ralskem.

Třetím typem ubytovacího zařízení je Integrovaná pobytové středisko a to slouží k přechodnému ubytování cizinců s uděleným azylem. Nachází se v Jaroměři, v Zastávce u Brna, v Krásné Lípě, v Náchodě a Ústí nad Labem.



5.1.2 Počet a struktura cizinců v České republice

Počet a struktura cizinců v České republice:

Přehled o cizincích v České republice může získat z podkladů Českého statistického úřadu. Mají dvojí povahu:

1. Sčítání lidu, které probíhá v desetiletých intervalech a poslední se uskutečnilo v březnu 2001, (data jen o trvale přítomných v ČR včetně cizinců v době sčítání).
2. Průběžná evidence cizinecké a pohraniční policie ČR, která eviduje cizince při jejich vstupu na území státu. Průběžná evidence registruje jak cizince přechodně i trvale přítomné.

Z obou pramenů vyplývá, že většina cizinců má v České republice trvalý pobyt. Jde o 123 508 osob, které z celkového počtu obyvatel tvoří jen 0,8%. Policejní statistika uvádí k 31. prosinci 2000 celkový počet cizinců v ČR 200 951 osob. Variabilita v počtu cizinců je přirozená, jejich imigrace a emigrace jsou trvalou součástí pohybu obyvatelstva.



Z hlediska sledování multikulturnosti obyvatelstva České republiky nás zajímá stát, z něhož se přistěhovali nebo jehož jsou občany. Uvádíme přehled nejpočetnějších skupin cizinců, abychom zjistili, které regiony nebo kulturní oblasti jsou mezi nimi nejčastěji zastoupeny. Protože jsou u nás imigranti ze všech států světa, uvádíme jen skupiny s více než 1000 osob, a to podle jejich početnosti k 31. prosinci 2000 (tj. nejen s trvalým pobytem).

Cizinci v ČR podle státního občanství:

1. Ukrajina	50 212	12. Rumunsko	2 390
2. Slovensko	44 265	13. Kazachstán	2 248
3. Vietnam	23 556	14. Moldavsko	2 147
4. Polsko	17 050	15. Chorvatsko	1 948
5. Rusko	12 964	16. Rakousko	1 859
6. Německo	4 968	17. Bosna- Hercegovina	1 550
7. Bulharsko	4 018	18. Spojené království	1 490
8. Jugoslávie	3 680	19. Itálie	1 159
9. Čína	3 551	20. Arménie	1 081
10. USA	3 238	21. Francie	1 065
11. Bělorusko	2 633		

Pozn.: Pořadí států je podle počtu imigrantů v České republice

Méně početné jsou skupiny cizinců z arabských zemí, např. občanů Iráku je 159, Íránu 113. Občanů Afghánistánu je 117, Pákistánu 242 osob. Zastoupeny jsou i státy Afriky a Jižní Ameriky. Celkově však mezi cizinci převládají občané sousedních zemí nebo teritoriálně a tím i kulturně blízkých států. Ti také převládají mezi pacienty zdravotnických zařízení.



5.1.3 Rozmístění cizinců v ČR a jejich demografické znaky

Rozmístění cizinců v České republice a jejich demografické znaky:

Cizinci nejsou na území České republiky usídleni rovnoměrně, a tak se např. s pacienty z USA spíše setká zdravotnický personál v Praze než v jiných regionech ČR. Američané totiž v 65,9% bydlí v Praze, zatímco např. Vietnamci jsou obyvateli Prahy jen ve 14 %. V Praze jsou soustředěni do značné míry také Rusové (51,9%), kdežto Ukrajinci jen ve 23,7% a Slováci ve 21%. /4 Rozmístění je spojeno s ekonomickou aktivitou cizinců. Občané západních států působí často

jako vysoce kvalifikovaní pracovníci zahraničních firem nebo podnikatelé. Občané Ukrajiny, ale i Slovenska, Bulharska, Rumunska jsou dělníci v průmyslu a stavebnictví a bydlí v průmyslových regionech České republiky, např. Mladá Boleslav, Brno, Liberec, Ústí nad Labem, Ostrava aj.



Protože imigrace do České republiky má především ekonomické důvody, jsou mezi cizinci častěji muži než ženy. Ty tvoří jen 37,9% z celkového počtu cizinců.

Ve věkové skladbě pak převažují lidé ve věku nejvyšší ekonomické aktivity, a to od 22 – 45 let. Jejich počet prudce klesá v poproduktivním období (více než 60 let). Podíl dětí není vysoký, ale mladí cizinci, pokud získali povolení k trvalému pobytu a usilují o získání občanství ČR, představují naději na budoucí populační přírůstek pro Českou republiku. Právě tento moment bývá zdrojem úvah, že větší otevřenost ČR cizincům může pomoci zmenšit ztráty obyvatelstva státu vzniklé převahou úmrtnosti (mortality) nad přirozeným přírůstkem (natalitou), které zaznamenáváme v posledních letech. Počet živě narozených dětí u nás trvale klesá a tak vznikají obavy, jak bude zajištěna budoucnost státu a ekonomiky při rychlém stárnutí obyvatelstva České republiky.

Roční úbytek obyvatel České republiky představuje dvacet tisíc osob a ani v budoucnu se nedá počítat s vyšší porodností místního obyvatelstva, když na jednu ženu připadá jen 1,14 živě narozených dětí.

Imigranti, kteří se u nás chtějí usadit natrvalo, usilují v mnoha případech o udělení státního občanství ČR, mají zaměstnání, snaží se integrovat do společenských struktur, mohou zpomalit stárnutí obyvatel státu. Jde většinou o mladé muže, kteří v České republice uzavírají manželství s občankami ČR, nebo mladé rodiny, jejichž děti chodí do českých škol a zčásti vyplní populační úbytky zdejšího obyvatelstva.

5.1.4 Otázky integrace cizinců a jejich ekonomická aktivita

Otázky integrace cizinců a jejich ekonomická aktivita:

Integrace cizinců je velký filozofický problém, když uvážíme, že současně s ní má být zachována etnická a kulturní rozmanitost multikulturní společnosti. Zkušenosti západoevropských zemí, které absorbovaly po II. světové válce masové migrace ukazují, že jde o složitý problém vzájemných vztahů obyvatel cílových zemí a přistěhovalých. O multikulturní společnosti je možné uvažovat jedině v případě, když imigranti nezůstávají uzavřeni ve vlastních komunitách a

s majoritní společností se kontaktují málo (příklad Turků v Německu, Arabů ve Francii apod.). Jistou tendenci k uzavřenosti mají skupiny imigrantů z Asie (u nás Vietnamci a Číňané).

Za hlavní prostředek integrace cizinců do přijímací společnosti je považováno zajištění rovnosti s místním obyvatelstvem v přístupu k zaměstnání, vzdělání, bydlení, sociální a zdravotní péči i k politickému rozhodování. Tak je vnímána integrace v zemích EU a podobně k ní směřují i vládní a nevládní instituce České republiky. Jde o problém zajištění rozmanitosti, multikulturalnosti a multietničností společnosti současně s její soudržností.

Problém integrace se přirozeně týká cizinců, kteří chtějí žít v přijímající zemi trvale, případně usilují o státní občanství ČR. Mají často snahu splynout s prostředím, probíhá u nich proces akulturace a u generace jejich dětí i etnická asimilace. Tyto procesy se nevztahují na cizince žijící v zemi krátkodobě.

Pro integraci cizinců je důležité jejich dobré uplatnění na trhu práce. Cizinci mohou být zaměstnáni v České republice jen na základě povolení. Cizinci s právem azylu nebo trvalého pobytu povolení k zaměstnání nepotřebují, mají práva jako občané České republiky.

Zákon dále stanoví, které organizace mohou zaměstnávat cizince - může to být jak právnická osoba s povolením k podnikání, tak i fyzická osoba.

Zaměstnanost cizinců u nás souvisí s určitými tradicemi z minulosti a firmy je používají k výkonu méně kvalifikovaných prací. Jsou to především dělníci z Ukrajiny, Rumunska, Moldavska a Běloruska. Otevření České republiky znamenalo příchod pracovní síly, ale i kapitálu z Německa, Spojeného království, USA, Francie, Itálie apod. Imigranti z těchto zemí obsazují povolání se středoškolskou a vysokoškolskou kvalifikací.



Zaměstnání žen-cizinek je malé a představuje jen 19% z počtu zaměstnaných cizinců. Množství udělených povolení k zaměstnání souvisí se situací na trhu práce. Snižoval se v důsledku růstu nezaměstnanosti v České republice. Právní předpisy ale umožňují, aby cizinci pracovali buď jako členové družstev a společníci veřejných obchodních společností. Dále existuje nelegální zaměstnávání cizinců, zvláště ve stavebnictví, takže statistické údaje o jejich počtu jsou podhodnoceny.

Na území České republiky mohou podnikat cizinci tak, že založí právnické osoby, mohou být společníky právnických osob, nebo mohou podnikat na základě statutu zahraniční fyzické osoby (nemusí mít na území ČR trvalý pobyt).

Ekonomická aktivita umožňuje trvalý příjem, přiměřenou sociální pozici, dobré životní podmínky. Všechny formy diskriminace, např. zaměstnání s nízkou kvalifikační úrovní, která místní obyvatelstvo nechce vykonávat, nižší příjem atd. snižují vyhlídky na integraci cizinců.

Z hlediska sociálního postavení, které je dáno hlavně vzděláním, majetkem a příjmem lidí, jsou diferencovány jak skupiny cizinců, tak přirozeně existuje i vnitřní rozvrstvení skupin. Cizinci ze Západní Evropy jsou častěji vysoce kvalifikovaní pracovníci zahraničních firem nebo podnikatelé. Soustřeďují se víc na území hlavního města Prahy než v jiných regionech. Cizinci z Polska, zemí bývalého SSSR, Bulharska, Rumunska jsou častěji zaměstnáni v dělnických profesích. Také tyto skupiny mají kvalifikované pracovníky a podnikatele. Sociální diferenciaci

cizinců je třeba brát v úvahu při koncipování multikulturního ošetřovatelství. Nelze očekávat, že všichni pacienti určité státní příslušnosti budou mít stejné problémy v komunikaci se zdravotnickým personálem, stejné požadavky nebo problémy v dodržování léčebného programu atd.

Integraci cizinců zajišťují přijímací země také vzdělávacími programy, i zapojováním do společenských struktur v komunitách v místě bydliště. Nás však zajímá systém zdravotní péče, který je spolu se sociálním zabezpečením cizinců dalším významným integračním činitelem.

5.1.5 Zdravotní péče a cizinci

Zdravotní péče a cizinci:

Česká republika jako budoucí člen Evropské unie uplatňuje ve vztahu k cizincům principy, které přijala Rada Evropy a které jsou součástí zásad jejich integrace do společenství přijímací země.

Evropská integrační politika předpokládá zajištění přístupu ke zdravotnictví.

Zásady tohoto přístupu jsou:

„Nově příšlí imigranti (i bez dokumentů) mají zásadně právo na zdravotní služby ve stejné kvalitě jako ostatní občané. Tím je naznačeno, že některé formální překážky – např. požadavek občanství – je třeba odstranit. V některých případech může nastat potřeba modifikovat zdravotní péči tak, aby pokryla potřeby určité skupiny imigrantů nebo etnické menšiny.

Doporučení vládám:

Zajistit, aby zdravotnická zařízení zdarma poskytovala přiměřené tlumočnické služby těm imigrantům a příslušníkům etnických menšin, kteří nedostatečně hovoří většinovým jazykem.

Orgány zdravotní péče vyhodnotí potřeby různých etnických skupin a naplánují poskytované služby tak, aby potřeby těchto skupin byly pokryty za podmínky rovného přístupu ke zdravotní péči



Poskytnout informace o službách, zdravotní péči, plánovaném rodičovství a mateřské péči v hlavních menšinových jazycích.

Proškolení zdravotnický personál, zvýšit jeho informovanost o kulturních a náboženských potřebách imigrantů a etnických/národnostních menšin, zejména jsou-li jimi ovlivněny ženy.

Zajistit, aby sociální služby prováděly nábor zaměstnanců z řad imigrantek.“ /5

Zdravotní péče v České republice směřovaná k cizincům nemá dosud hlavně z hlediska její přístupnosti všechny znaky, o nichž je řeč v uvedeném materiálu Rady Evropy. Legislativa týkající se sociálního zabezpečení cizinců je v mnohém poplatná období, kdy české země byly spíše emigrační oblastí než zemí, která je cílem imigrace velkých skupin obyvatelstva.

Zdravotní péče o cizince v azylových zařízeních financuje stát, prostřednictvím jejich zřizovatele, tj. Ministerstva vnitra. Ostatní cizinci většinou platí zdravotní péči na základě smluvního zdravotního pojištění v České republice nebo v cizině, případně platí v hotovosti.

Statistika ukazuje, že v České republice byla nejčastěji zdravotní péče v nemocnicích poskytnuta občanům Ukrajiny a to 17% z celkové péče poskytované cizincům v roce 2000. Na druhém místě jsou Vietnamci se 14,3%, dále Slováci s 11%, obyvatelé bývalého SSSR (9,3%).

Cizinci ze zemí Evropské unie jsou v poskytnuté nemocniční péči zastoupeni hlavně Německem (8,6%). Z hlediska věku byli pacienti převážně 20-50letí.

Zatímco cizinci ze západních států hradili nemocniční péči převážně v hotovosti, cizinci z ostatních zemí hradili péči prostřednictvím smluvního zdravotního pojištění. Neuhrazena zůstala třetina nákladů na léčení.

Téměř polovina veškeré zdravotní péče poskytnuté cizincům byla realizována v Praze, na druhém místě je Moravskoslezský kraj.



Zlepšení zdravotní péče o cizince je součástí programu jejich integrace v České republice a zahrnuje oblast dostupnosti sociálního zabezpečení, dále jsou to otázky dostupnosti konkrétní zdravotní péče a také mezinárodní smlouvy o poskytování zdravotní péče. Co se týče mezinárodních smluv jde o zajištění zdravotní péče v případě krátkodobých pobytů občanů ČR v zahraničí a cizinců u nás. Kromě bilaterálních smluv se zeměmi, jejichž občané u nás tvoří početní skupiny osob se bude v součinnosti s Ministerstvem práce a sociálních věcí systém smluv v rámci zemí EU o sociálním zabezpečení občanů na území druhého státu, protože členství v EU představuje perspektivu volného pohybu pracovních sil.

V oblasti dostupnosti sociálního zabezpečení navazuje na mezinárodní úmluvy např. na Evropskou sociální chartu, podle níž mají mít cizinci přístup ke zdravotní péči jako ostatní obyvatelstvo příslušné země. Zajištění dostupnosti zdravotní péče pro cizince souvisí nejen se změnami v legislativě o jejich sociálním zabezpečení a tím i zdravotním pojištění, ale i s otázkami zvládnutí kulturních a komunikačních bariér, což představuje dlouhodobý a komplikovaný úkol.

Multikulturní přístup ke zdravotní péči neznamená výhradní uplatnění vůči cizincům. Je třeba připomenout, že Česká republika má také občany jiné než české národnosti. Občanství je, jak jsme již dříve ukázali, vymezeno zákonem o státním občanství a s etnickou příslušností nemá nic společného. Etnická, národní příslušnost je věcí individuální identifikace člověka s určitým národním společenstvím, nikdo ji nenařizuje, je to výsledek výchovy v rodině, ve škole, v širší společnosti. Nemusí být v souladu s rasou nebo s antropologickým typem osobnosti (člověk černé pleti se může cítit Čechem apod.). Lidé v průběhu života mohou svou národní identifikaci změnit v důsledku migrace do jiné země, jejímuž etnickému prostředí se přizpůsobí. Taková akulturace, nebo i asimilace je přirozeným jevem všech společností. V demokratických zemích samozřejmě probíhá přirozenou cestou, bez nátlaku. Multikulturní společnost má mechanismy k zachování kulturně-etnické rozmanitosti, avšak procesy kulturně-etnických změn v ní probíhají přirozeně.

I když je z hlediska národní příslušnosti Česká republika převážně státem s převahou českého obyvatelstva (93,8%), občany ČR je také 183 tisíc Slováků, 38 tisíc Němců, 50 tisíc Poláků. K rómské národnosti se přihlásilo 12 tisíc osob a 350 tisíc osob jsou příslušníci dalších etnik. Poláci a Němci jsou příslušníci tradičních menšin, Slováci se stali menšinou po rozdělení Československa. Je tedy zřejmé, že multikulturnost obyvatel České republiky nevyplývá jen z toho, že

u nás žijí občané cizích států, ale také z faktu, že ne všichni občané ČR se hlásí k české národnosti.

Multikulturní přístup k pacientům předpokládá zohlednění kulturně etnických, případně náboženských zvyklostí pacienta s tím, že je nutný individuální přístup k lidem vůbec. Sociální diferenciacie v rámci etnik a kultur může být významnějším činitelem než etnická příslušnost. Roli má také délka pobytu pacienta v České republice a také jeho zájem žít v zemi trvale.

5.2 Cizinci ruského původu žijící v České republice

Klíč k podstatě současného mezinárodního pohybu mnoha Rusů je třeba hledat v podmínkách života v Rusku samém. V Rusku je vysoká nezaměstnanost, obecně se snižující životní úroveň, rostoucí chudoba. Na situaci v Rusku nepříznivě působí také trend diferenciacie příjmů: malá skupina velmi bohatých „nových Rusů“ a stále se zvyšující počet sociálně slabých obyvatel. Následkem toho se snižuje koupěschopnost, lékařská péče je fakticky plně placená a chudším vrstvám nedostupná, což způsobuje zhoršující se zdravotní stav populace. Vzdělání se stává také nedostupným a snižuje se jeho kvalita. Tyto procesy se odehrávají na pozadí špatné ekonomické situace většiny národa, ztráty sociálních jistot, rozpadu společenských vztahů.



Možnost svobodného podnikání, vzdělávání, vysoká úroveň lékařské péče, uplatnění v různých oblastech sociálního i kulturního života, osobní bezpečnost, slovanská pohostinnost - to jsou některé z důvodů, proč je Česká republika stále v centru zájmu ruských emigrantů.

Ruští podnikatelé například nejen podvádějí, ale i úspěšně vedou své firmy a zaměstnávají nejen ruské emigranty, ale i české občany. Desítky ruských umělců jsou angažovány v českých diva-

dlech a důstojně doplňují své české kolegy. V českých školách se jako zaměstnanci a hosté uplatňují ruští učitelé, jazykoví lektori a vědecké kapacity.

5.2.1 Zvyky a tradice přistěhovalců ze států bývalého Sovětského svazu

Přistěhovalci z bývalého Sovětského svazu mohou být lidé různých národností pocházející z různých států. Mohou mít odlišné kulturně-historické zkušenosti, jiné materiální hodnoty, vyznávat různá náboženství: křesťanství, judaismus, buddhismus, islám. I když při setkání s nimi (v nemocnici, ve škole, na úřadě, na ulici, nebo jako s turisty) určitě platí všeobecné normy etikety, měli bychom si uvědomovat i možné odlišnosti, aby nedošlo k nedorozumění nebo přímo ke konfliktní situaci.

Náboženství:

Mezi přistěhovalci ze států bývalého Sovětského svazu je nejvíce rozšířeným náboženstvím **pravoslaví**. Toto náboženství vyznávají Rusové, Ukrajinci, Bělorusové, Arméni a Gruzínci. K pravoslaví ovšem někdy přestupují i lidé jiných národností, které ve většině vyznávají jiná náboženství (jedním z důvodů je migrace národů na území bývalého Sovětského svazu). Do konce 80. let minulého století byla v Sovětském svazu pod vlivem komunistického režimu preferována ateistická výchova. V současnosti se však mnozí Rusové i příslušníci ostatních národností vracejí ke svým kořenům a nacházejí cestu k víře. Pravoslavná víra a dodržování jejích zásad i kalendáře vyžaduje, aby jim člověk přizpůsobil běžné životní záležitosti, svůj denní režim a někdy i pozměnil své etické normy a svou etiketu.



Pravoslaví

Pravoslavný církevní den se nezačíná v 0 hodin, ale v 18 hodin předešlého dne. Protože se v pravoslaví používá Juliánský kalendář, všechna data (v porovnání s kalendářem světským) jsou posunuta o 13 dnů. Například církevní Nový rok se začíná v noci z 13. na 14. ledna. 1. ledna se Nový rok poprvé v Rusku slavil v roce 1701 na rozkaz Petra I. (i když podle Juliánského kalendáře). Před tím se Nový rok začínal 1. září, a pak, do 11. století - 1. března. Pravoslavné bohoslužby se konají třikrát denně, jsou to: ranní mše, večerní mše a polední liturgie. Účastníci liturgie v pravoslavných chrámech stojí, ale staří nebo nemocní lidé se mohou posadit. Pravoslavná tradice velí, aby se do kostela člověk oblékal skromně. Většina těla by měla být přikryta oblečením (u žen jsou nepřípustné šaty bez rukávů, minisukně nebo velký výstřih), vdané ženy navíc musejí mít hlavu přikrytou šátkem nebo šálou. Muži si v chrámu odkládají čepice. Pokud má člověk rukavice, pro pokřizování si musí sundat rukavici z pravé ruky. Pravoslavný křesťan by nešel na bohoslužbu v šortkách, ve sportovním oblečení, nebo v křiklavých barvách. Ženám se nedoporučuje malovat si rty kvůli pravoslavné tradici líbání ikon.

Náboženské svátky

V pravoslavné tradici se církevní svátky dělí na tři skupiny: malé, střední a velké. K nejdůležitějším svátkům patří vánoce, Nový rok, masopust a Velký půst a Velikonoce.

Vánoce („Rožděstvo“)

U katolíků a protestantů je to nejdůležitější svátek církevního roku. V pravoslaví jsou však ústředním svátkem církevního kalendáře Velikonoce. Tím se také zdůrazňuje rozdíl v přístupu západních a východních křesťanů: pro západní křesťany je důležité fyzické narození Ježíše Krista, pro východní - fakt jeho duchovního znovuzrození, vzkříšení. Protože pravoslavná církev používá Juliánský kalendář, pravoslavné vánoce se slaví 7. ledna. Ke štedrovečernímu stolu se usedá, když na obloze vyjde první hvězda, a podávají se jen bezmasá jídla. Na stole nesmí chybět rituální pokrmy: „kutia“ (rýže s medem) nebo „vzvar“ (kompot ze sušeného ovoce). Na vánoce se také obvykle zdobí stromček (smrk, borovice, jedle). Poprvé se ozdobený jehličnan objevil v Rusku v době vlády Petra I., a to na jeho rozkaz. Dalších 14. dnů, jež následují po vánocích, se považuje za dobu kouzel a tajemství. Je zvykem v této době vykládat budoucnost, zvláštní význam se přikládá i různým pověrám. Rusové například věří, že když se po vánocích vracejí ze sváteční mše, musí do domu jako první vstoupit muž, neboť žena by přinesla smůlu. V tomto případě se nemusí dbát na pravidla dobrého vychování a musí se dát přednost mužům...

Nový rok

Novoroční oslavy ztratily v Rusku od roku 1918 svůj náboženský charakter. Dnešní Rusové a jiné národy bývalého Sovětského svazu slaví Nový rok podle evropského kalendáře a v rozmanité směsici evropských a východních tradic. Jako Evropané si o půlnoci připijí šampaňským, jako Asiaté se na oslavu Nového roku oblékají do barev doporučených východní tradicí pro stávající nový rok. Jak už bylo řečeno, církevní pravoslavný Nový rok začíná až v noci ze 13. na 14. ledna. Tento svátek však není státním svátkem, Rusové jej pojmenovali „Starý Nový rok“ a jeho oslavy mají spíše nostalgický charakter.

Masopust („Maslenica“) a velký půst (velikij post)

Masopust je veselý a svérázný svátek, víc pohanský než křesťanský. Ale pravoslavná církev jej přesto respektuje. V rámci církevního kalendáře je tento svátek pojmenován „Sýrový“ nebo „Sýropustní týden“. Prakticky se tento týden připravují věřící k dlouhému Velkému půstu, na jehož konci přicházejí velikonoce. Během masopustu se hoduje, doporučuje se pořádně se najíst sýra, másla, vajec, dalších mléčných výrobků a sladkostí. Maso se v této době nejí. V tomto období žádného z pravoslavných křesťanů nepřekvapí, když dostane pozvání od známých, aby přišel na návštěvu a dobře se najedl, bez jakéhokoli jiného důvodu. Hlavním masopustním pokrmem jsou palačinky („bliny“), které se připravují každý den. Palačinka je symbolem slunce, které bylo po dlouhá staletí hlavním božstvem pohanského světa. Velmi zajímavým dnem v masopustním týdnu je neděle. Pravoslavní ji nazývají „Odpustná neděle“, protože v neděli večer každý každého prosí o odpuštění: nejprve mladší prosí ty starší a potom starší ty mladší. Je také zvykem prosit o odpuštění mrtvé, navštěvovat hroby a pokládat k nim rituální pokrm - palačinky.

Po „Odpustné neděli“ začíná velký půst (postní doba), který trvá sedm týdnů až do velikonoce a je nejpřísnějším a nejdelším ze čtyř pravoslavných postů. Po sedm týdnů se věřící věnují rozjímání, modlitbám a čtení svatých knih. Je to doba, kdy lidé zpytují svědomí a snaží se pochopit vlastní chyby, doba nevhodná ke světským radostem a k návštěvám. Věřící se oblékají do tmavých barev, jsou zakázány světské radovánky včetně svateb. Po dobu postu dodržují pravoslavní křesťané poměrně velká omezení ve stravování. Nesmí se jíst nejen maso, jako u katolíků, ale ani ryby, vejce a mléčné výrobky. Obvykle se připravují kaše z obilovin, zelenina, brambory. Jako tuk se používá pouze rostlinný olej. Potrava se přijímá jen dvakrát denně. Některé dny se smí jíst pouze syrová strava připravená bez vaření. V den smrti Ježíše Krista se pak drží úplná hladovka. Výjimka se samozřejmě týká starých a nemocných lidí, těhotných žen a dětí.

Lidé bez vyznání nebo lidé vyznávající jiná náboženství, kteří se snaží chápat a respektovat potřeby pravoslavných křesťanů, by tedy v tomto období neměli navštěvovat jejich domácnosti, zvat je na večírky a oslavy a nabízet jim pochoutky a dobroty.

Velikonoce („pascha“)

Jak už bylo řečeno, velikonoce jsou v pravoslaví tradičně největším svátkem církevního roku. V domácnostech se uklízí, malují se vajíčka, smaží se vepřové maso, peče se „kulič“ (bábovka) a míchá se „pascha“ (tvaroh s cukrem a rozinkami). Všechno se připravuje dopředu, protože během svátků se nesmí vykonávat žádné domácí práce.

Svátky začínají noční bohoslužbou, na které si věřící nechávají posvětit připravené jídlo. Po bohoslužbě se odpočívá, ale už se nechodí spát a celá rodina se pak setkává u slavnostní snídaně. Podle tradice by se u stolu mělo sejít co nejvíc rodinných příslušníků – je to záruka, že po celý rok zůstanou živí a zdraví.

Nejstarší muž v domě rozdělí posvěcená vejce tak, aby každý přítomný dostal kousek: to má přinést štěstí a úspěch po celý rok. Pak se rozdá „kulič“ a tvarohová „pascha“. Pozdní a bohatá snídaně pozvolna přechází v oběd. V první den velikonoc není zvykem chodit na návštěvu a zvat k sobě hosty. Setkávají se jen nejbližší příbuzní. Teprve na druhý den se obnovuje světský život – chodí se na návštěvy, do divadla, na večírky. Lidé se oblékají do radostných barev a dávají si navzájem dárky (většinou něco na oblečení). Mladí navštěvují své starší příbuzné, kmotřenci své kmotry. Během velikonoc je také zvykem zajít na hřbitov, kde se na hroby pokládají malovaná vejce. Po svátcích je pak znovu dovoleno pořádat svatby. Zajímavé je, že během dalších pěti a půl týdnů po velikonocích se pravoslavní navzájem zdraví slovy: „Kristus je vzkříšen!“ a odpovídá: „Opravdu vzkříšen!“. Pozdrav se doplňuje trojím polibkem na tváře.



Sociální vztahy

Oslovení

Ruština zná dva způsoby oslovení: tykání a vykání. Při seznámení nebo kontaktu s neznámým nebo málo známým člověkem se lidé vykají. Rusové nabízejí tykání jen v případě, když považují člověka za věkově nebo sociálně blízkou osobu nebo jej řadí mezi své přátele. Podle etikety je u Rusů přípustné, když věkově starší oslovuje věkově mladšího „ty“, ale mladší zachovává oslovení „vy“. Dětem se v Rusku tyká. Při seznamování se obvykle ujasní způsob oslovení: příjmením, křestním jménem nebo křestním jménem a druhým jménem po otci.

Druhému jménu po otci se říká „otčestvo“ a ve spojení s křestním jménem se používá jako zdvořilá forma oslovení především u dospělých osob. Často si (zvláště v zaměstnání) lidé tykají a při tom si zdvořile oslovují křestním jménem a jménem po otci.

V Rusku bohužel dodnes neexistuje jednotná forma oslovení neznámých osob (na ulici,

v nemocnici, v dopravních prostředcích atd.). Po revoluci v roce 1917 se systém formulování etikety v oblasti oslovování se hodně změnil. Byly zapomenuty kdysi hojně užívané, pěkné a rozmanité formy oslovování, jako např. „milostivá paní“, „milostivý pane“. „vaše blahorodí“ atd.

Mladé lidi je možné oslovovat „mladý pane“ nebo „slečno“, ale oslovení starších lidí podle jejich pohlaví - „ženo“, „muži“ - je nepřijatelné. Oslovení „soudruhu“ („tovarišč“) nebo „občan“ („graždanin“), které se vžilo za komunistických dob, zní dnes poněkud ironicky a ustoupilo i oslovení „pane“, „paní“ („gospodin“, „gospoža“, množné číslo „gospoda“). Toto oslovení zní dnes příliš oficiálně a používá se především ve spojení s příjmením. Například v dopravních prostředcích by to mohlo znít docela legračně. Místo přímého oslovení dnes proto Rusové používají raději neosobní obraty jako: „prosím vás“, „bud' te tak hodný“, „dovolíte“.

Akademické tituly se v Rusku v běžném kontaktu nepoužívají, bývají uváděny jen ve zvláštních případech – na vědeckých konferencích, při představování přednášejícího akademickému auditoriu apod. Obvykle se v těchto případech nepoužívá titul „paní“, „pan“, ale např. „docent Ivan Sergejevič Petrov“, „doktor Ivanova“, „akademik Pavlov“.



Pozdrav a rozloučení

Rusové dodržují všeobecně přijaté normy etikety pozdravu a rozloučení. Jako v celém světě i v Rusku zdraví nejprve muži ženy nebo mladší lidé starší. Ruští muži si při pozdravu nebo při rozloučení obvykle podávají ruce (a rádi). Ženy si navzájem ruce nepodávají, stává se to sice, ale velmi zřídka. Většinou stačí jen pokývnutí hlavou nebo, u bližších přítelkyň, náznak polibku na tvář. Podlé ruské etikety žena muži podává ruku při setkaní nebo rozloučení jako první, ale to ženy činí velmi zřídka a většinou si vystačí s pokývnutím hlavou. Rusové také nepovažují za nutné se při setkaní usmívat, takže chybějící úsměv při setkání vůbec nemusí být projevem antipatie.

Telefonování

Na otázku „Kdy vám můžu zatelefonovat?“ Rusové většinou odpovídají „Kdykoliv“. Vhodná doba pro telefonování do ruské domácnosti je asi od 10 hodin ráno do 22 hodin večer. Rusové se obvykle do svého domácího telefonu nepředstavují jménem ale po zvednutí sluchátka řeknou „Halo!“ nebo „Slyším vás“.

Na veřejnosti

Rusové nemají ve zvyku mluvit nahlas ani v kostele, ani v restauraci, ani v muzeu, ani v dopravních prostředcích. Ovšem tam, kde musejí trávit delší dobu čekáním, jako v dopravních prostředcích, ve frontě a při jiných příležitostech, rádi oslovují své sousedy a navazují s nimi rozhovor. Tato konverzace bývá ovšem nezávazná, a málokdy končí výměnou telefonního čísla nebo adresy.

V restauraci je zvykem davat číšníkovi spropitné asi 5% - 10% z placené částky. Při vstupu do místností pouští v Rusku vždy muž ženu jako první a podrží jí dveře, a to i když se vchází do

restauraci, baru nebo hospody.

Osobní kontakt

Jak už bylo řečeno, Rusové se při setkání nemusejí nutně usmívat, i když jsou třeba dobří přátelé. Zpravidla se při rozhovoru dívají navzájem do očí a hodně gestikulují. Přípustný je i fyzický kontakt: Rusové obvyklé projeví svou náklonnost při rozhovoru tím, že se dotknou společníkova ramene nebo ruky. Nikdy však neukážou prstem na nějaký objekt nebo osobu.

Některé zvláštnosti chování

Rusové mají svérázný **vztah k dodržování termínů a času**. Zpozdit se na schůzku o 10 minut je podle nich zcela v pořádku. Proto, když si domlouvají dobu schůzky obvykle uvádějí jen přibližný čas – např. kolem sedmé večer, kolem poledne, za pár dní... Bohužel, dost často se tento přístup projevuje i v oficiálních případech: nedodržují se jízdni řady nebo pracovní doba veřejných institucí. Rusové nejsou zvyklí plánovat svůj život dlouho dopředu (důvod není tak docela jasný, určitou roli v tom snad hrají historické nebo sociálně – politické podmínky) a najde se jen málo Rusů, kteří vědí, co budou dělat v určitou dobu dejme tomu za měsíc. Současné politicko-ekonomické vztahy ovšem přispívají k lepší organizaci času: obchodování ruských podnikatelů se západními státy nebo podnikání Rusů na západě vyžaduje dodržování termínů.



Tento fakt je spojený ze **vztahem Rusů k práci a zaměstnání**. Většina ruské populace produktivního věku má ve zvyku střídat velmi intenzivní pracovní výkon s absolutním odpočinkem a relaxací. Možná právě tento střídavý způsob práce má svou vinu na stereotypní představě, že Rusové jsou lenoši. Lidé si vždycky všimají víc toho období nicnedělání. V zaměstnání není zvykem žalovat nadřízenému na své kolegy nebo je kritizovat. Rusové také nikdy nedemonstrují svou snahu udělat si kariéru. Málokdy se stane, že by ruský zaměstnanec požádal o zvýšení platu nebo o lepším pracovním zařazení. Předpokládá, že nadřízený si všimne jeho zásluh a nabídne

mu to sám. Přesto, že vztah nadřízeného a podřízených v ruském pracovním kolektivu se zakládá na autoritě šéfa, dost často se mění v neformální. Kolegové v zaměstnání, včetně nadřízených, se rádi navzájem navštěvují, jejich rodiny se spolu přátelí, slaví společně svátky, chodí spolu na různé akce (divadla, koncerty).

Ve vztahu k zákonům se Rusové někdy chovají skoro jako děti, které „zlobí“, „neposlouchají“, ale myslí si, že stát se o ně postará a bude na jejich straně. Podobným způsobem se stavějí i k různým druhům nařízení: pravidlům, instrukcím. Nedodržují pravidla bezpečnostního provozu ani bezpečnost práce, o daňových zákonech nemluvě. Rusové často nadávají na zákony, stát a vládu, ale velmi nelíbě snášejí kritiku Ruska ze strany cizinců.

Životní události

Svatba

Podle pravidel pravoslavní církve sňatky se neuzavírají předešlého dne středy a pátku v průběhu celého roku, v nedělí, ve dnech církevních a velkých svátků, během půstů. V dnešní době Rusové nemají jednotných pravidel a rituálů svatebních oslav. Někdy se dodržují spíš folkové tradice (vykup nevěsty, rozplétání copu), a někdy se svatební oslava se neliší od obyčejného večírku. A přece něco málo svatby spojuje: při prvním připitku na svatební hostině hosté slovy „Hořko!“ vyžadují od novomanželů aby se políbili, a to, že novomanželé dostávají od svadebčánů dárky.

Křtiny

Věřící Rusové říkají, že při křtu novorozeně dostává svého Andělíčka strážného. Dítě se křtí osmý den ode dne narození. Kdyby po křtu dítě zemřelo, věří se, že „Pánbůh jeho vezme k sobě“. Při křtu dítě dostává křesťanské jméno, které se může lišit od jména světského. Je to svátek věnovaný narozenému dítěti, den jeho vstupu do lůna církve. Kmotří dávají kmotřenci hodnotný dárek: obvykle to bývá stříbrná lžička „na první zoubek“ nebo zlatý křížek, náušnice. Ostatní zúčastněné novorozeně obdarovávají hračkami, dětským oblečením nebo knihami.

Pohřeb

Pohřeb je smutečná událost v rodině a v nejbližším okolí, nehledě na to, jestli rodina a zemřelý jsou nebo nejsou věřící. Rusové dodnes dodržují starou tradici hlídání u rakve po dobu tři dnů, o kterých věří, že duše se nachází v blízkosti svého těla. Pohřbívá se proto na třetí den ode dne úmrtí. Při hlídání u rakvi se střídají blízké příbuzné a také duchovní. Jestli zemřelý byl věřícím, poslední noc před pohřbem nad rakvi se předčítají motlitby a žalmy.

Speciálních pokynů, jak má být zemřelý oblečen není. Obvyklé se vybírá tmavé oblečení, většinou se kupuje nové. Ozdoby a šperky se nepoužívají, může se nechat jen snubní prsten. Děti a neprovdané ženy mají bílé oblečení. Všechna zrcadla v domě se musí zahalit (aby se v nich nezahledla duše zemřelého).

Podle současných pravidel etikety během smutečných dnů a samotného pohřbu zúčastnění se snaží moc nemluvit. Obvyklý pozdrav („Dobrý den“) je nemístní, většinou se zdraví vyslovením soustrastí nebo pokynem hlavy.

Po pohřbu je zvykem se sejít na pohřební hostině. (jen pro zvané). U stolu zůstává jedno místo prázdné: židle, příbor, talíř, sklenička alkoholu a krajíc chleba na ni. Během hostiny si přítomní vzpomínají na zemřelého jen v dobrém. Z rituálních pokrmů se podává „kutia“ (sladká rýže s rozinkami), kisel' (sladká ovocná šťáva zahuštěná škrobem) a „bliny“ (palačinky) s medem. Podle pravoslavné tradice pohřební hostina se opakuje devátý a čtyřicátý den ode dne úmrtí. Pravoslavní věří, že devět dní duše zemřelého se nachází v domě, kde bydlel, a od desátého do čtyřicátého dne navštěvuje místa na zemi, kde býval ze svého života.

Rusové dodržují tradici nosit smuteční oblečení. Vdova se obléká do černého celý rok, vdovec

půlroku, děti po rodičích nosí smutek devět měsíců, po jiným blízkým a příbuzným- půlroku. Oblečení nemusí být jen černé, ale i v tmavých, tlumených barvách. Ale například pravoslavné Gruzinky nosí černé oblečení jako vdovy do konce svého života. Pravoslavní Arménští muži po dobu smutku se neholí.

Po dobu smutku v nejbližší rodině se nekonají svatby, velké rodinné oslavy, je zvykem se nezúčastňovat různých večírků a světských radovánek



Dárky

Je obecně známou věcí, že Rusové rádi obdarovávají své blízké a přátele. Říká se, že Rus si radši odepře oběd, než by přišel na schůzku se svou milovanou bez květin. Rusové využívají každou příležitost, aby mohly dát dárek, někdy důvod může být s pohledu jiných národů až kuriózní: začátek a konec školního roku, výročí nástupu do zaměstnání...

Jako dárek může posloužit praktický cokoli: suvenýry, knihy, kosmetika, oblečení, ložní prádlo. Záleží na tom, komu je dárek adresován a při jaké příležitosti.

Nejbližším příbuzným a přátelům, vkus a potřeby kterých jsou známy, je možné darovat i intimnější věci: oblečení, parfém, prádlo nebo něco praktického do domácností. Těm s kterými se příliš neznají, Rusové dávají nezávazné a nepříliš drahé dárky: láhev dobrého vína, bonboniéru, knihu, suvenýry, květiny. Rusové nikdy nedávají jako dárek předměty z ostrou špičkou (nože, vidličky, jehly), protože věří, že ostré špičky jako dárky přinášejí smůlu. Když někdo dostane pozvání do ruské domácnosti na rodinnou oslavu, očekává se, že návštěva přinese dárek. Rusové nemají ve zvyku ihned si dárek rozbalit, obvyklé je ukládat na hromádku a rozbalit podějí, někdy až návštěva odejde.

Květiny jako dárek je možné dávat ke každé příležitosti, zvláště ženám. Například, paní domu na návštěvě, ženám ke svátku, k narozeninám, mužům a ženám při oslavě životních jubileu (50,60, 70, 75 let), mužům a ženám při zvláštních příležitostech (promoci, obhajoba doktorátu, vítězství v konkurzním řízení)... A samozřejmě na schůzce mladý muž dává slečně květiny.

Rusové dávají jen živé květiny, jen řezané a v lichém počtu. Sudý počet květin, nebo umělé květiny patří podle Rusů jen na hřbitov.

O jídle a stravování

Národní pověra říká, že při jídle se u stolu vyskytují dobří i zlí duchové. Proto je třeba chovat se u stolu tak, aby zlí duchové neměli příležitost projevit se: jíst způsobně, netřískat lžící o talíř... Stůl

je posvátným místem, a proto na něj také nepatří nevhodné věci. Naopak chléb musí vždy ležet na stole. Na tom, jak člověk zachází s chlebem, závisí jeho síla, zdraví a štěstí. Chléb je kouzelný dar od Boha, který člověka nejen nasytí, ale také ochrání. Předkové dávali chléb do kolébky novorozenatům, aby je uchránil před smrtí a nemocí, brali s sebou na cestu nejen jako potravu, ale i jako ochranu, vynášeli před dům za bouřky, pokládali do rakve k zemřelému, aby mu přinesl klid a mír na onom světě.

„Sůl se rozsypala, bude hádka,“ řekne každý Rus. Ale nemusí se hádat, stačí přehodit přes levé rameno špetku soli. Chlebem a solí dodnes vítají Rusové (a nejen Rusové) váženou návštěvu. Host musí ulomit kousek chleba, osolit jej a sníst. Spojení chleba a soli mělo vždy hlubokou symboliku. Chléb je symbolem bohatství, úspěchu a štěstí, a sůl je symbolem ochrany před špatnými vlivy a před smůlou.

Pravoslavná víra nezavrhuje alkohol, naopak, při svatém přijímání je věřícím podáváno víno a chléb. Toleranci k alkoholu mají Rusové opravdu vysokou. Někdy se dokonce stává, že se nějaký přestupek omlouvá tím, že viník byl opilý a tudíž nevěděl, co činí.

V kultuře stolování se Rusové přidržují obecných evropských pravidel ještě z dob osvětlené Kateřiny II. Talíře, příbory i sklenice používají stejně a také servírování probíhá podobně jako v jiných evropských domácnostech. Snad jen s tím rozdílem, že Rusové nepodávají na stůl pokrmy rozdělené na talířích, ale ještě nerozporcované v mísách a každý strážník si nabírá jídlo sám podle potřeby. Ruská pohostinnost je známá po celém světě. Rozmanitost ruské kuchyně nabízí množství chutných salátů, polévek, pečeného masa, koláčů a zavařenin. Nedělní obědy mohou někdy trvat celé odpoledne a vyvrcholit večerí. U oběda si Rusové obvykle povídají, řeší aktuální rodinné a světové problémy, sport, domácnost, děti... Proces stravování je pro ně zároveň i zábavou. Nezřídka se stává, že po obědě si spolustolovníci zazpívají při čaji oblíbené písně, zvláště, když se předtím podávalo víno nebo jiné alkoholické nápoje.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 7



Ze statistických údajů vyplývá, že v České republice byla nejčastěji zdravotní péče v nemocnicích poskytnuta občanům Ukrajiny a to 17% z celkové péče poskytnuté cizincům v roce 2000.

Na druhém místě jsou Vietnamci se 14,3 %, dále Slováci s 11%, a obyvatelé bývalého Sovětského svazu 9,3%;

Co by se podle vás mělo udělat pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro občany bývalého Sovětského svazu v České republice ?

5.3 Cizinci asijského původu žijící v České republice

5.3.1 Země Asie a nejpočetnější zastoupení asijských komunit v ČR

Obyvatelé Asie, členění a zastoupení nejpočetnějších asijských komunit v České republice (za období let 1999 – 2003)

Jihozápadní Asie (Blízký východ) Turecko, Izrael, Irák, Irán, Afgánistán, Bahrajn, Jemen, Saudská Arábie, Jordánsko, Katar, Kuvajt, Libanon, Omán, SAE, Sýrie. Blízký východ leží mezi dvěma světy – Evropou a Asií. Na západě ji vymezují úrodné břehy Středozemního moře, na východě vyprahlé pouště Arábie. Tady se zrodily některé nejstarší civilizace. S touto oblastí je spjata historie tří velkých náboženství: judaismu, křesťanství a islámu. Nebezpečná směs náboženského fanatismu však stále žene obyvatele těchto oblastí do vzájemných konfliktů. I přes politické problémy se Blízký východ hospodářsky rozvíjí.

Jižní Asie: Bangladéš, Pákistán, Indie, Nepál, Srí Lanka, Male Dív, Bhútán. Subkontinent byl mnohokrát dobýván. Prvními dobyvateli byli Árijci, jejichž představy, tradice a zvyky tvoří podstatu hinduistického náboženství. V 16. století Indii ovládli Muslimové a později se stala britskou kolonií. Od roku 1947 má Indie nezávislost a rozdělila se na hinduistickou Indii a muslimský Pákistán. Později se z východní části Pákistánu stal Bangladéš. Velká část obyvatelstva této oblasti žije v bídě.



Jihovýchodní Asie: Brunej (Borneo), Filipíny, Indonésie, Thajsko, Kambodža, Laos, Malajsie, Myanmar (Barma), Singapur, Vietnam. Značná část této oblasti je hornatá a zalesněná. Většina obyvatel žije v údolích řek a živí se zemědělstvím. Zahrnuje přibližně 11 zemí. Jediné Thajsko ze 7 zemí východnější oblasti nebylo pod britskou a francouzskou nadvládou. Malajsie je federací 11 členských států na Malajském poloostrově, Sabahu a Saravaku na Borneu. Singapur byl zprvu částí Malajsie. Obyvatelé Kambodži, Laosu a Vietnamu strádali řadu let válkami. Barma se ocitla v rostoucí izolaci zásluhou své nedemokratické vlády. Jednou z největších oblastí je Indonésie. Heslem indonéského státního znaku je „jednota v rozmanitosti“, zahrnuje 362 etnik hovořících 250 jazyky a dialekty. Hlavním ostrovem je Jáva. Dnes je tak přelidněná, že se lidé stěhují na okolní ostrovy. Filipíny jsou složeny ze 7 tisíc ostrovů.



Východní Asie: *Japonsko, Čína, Mongolsko, Tchaj-wan, Severní Korea, Jižní Korea.* V této oblasti leží tři autonomie Číny – Vnitřní Mongolsko, Sin-ťiang, Tibet. Izolovaný Tibet obsadila Čína v roce 1950. Číňané rozvrátili tradiční tibetskou společnost, zbořili buddhistické kláštery a ničí ojedinělou přírodu a kulturní prostředí Tibetu. Většina čínských národnostních menšin a muslimů žije ve Vnitřním Mongolsku a Sin-ťiang. Koreu mnoho let ovládal silnější čínský a japonský soused. Po 2. světové válce byla Korea rozdělena na Jižní a Severní Koreu. Obyvatelé Severní Koreje mají jeden z nejvíce izolovaných a represivních režimů na světě. Hong-kong se stal britskou kolonií v roce 1997 se vrátil Číně jako její „zvláštní administrativní oblast“. Jeden z největších a nejživějších přístavů na světě je směsicí národnostních menšin. Japonsko je zemí stojící v popředí světového vývoje a výzkumu. Obyvatelstvo žije na čtyřech velkých ostrovech a 4000 malých se svojí osobitou kulturní tradicí.

Střední Asie: *SNS = společenství nezávislých stát, Rusko, Zakavkazsko, Arménie, Azerbajdžán, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Tadžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.* Ural tvoří přirozené rozdělení Evropy a Asie. Východně od Uralu se rozkládá Sibiř. Podmínky pro obyvatele těchto oblastí jsou drsné a neohleduplné. Rusko a Kazachstán mají velký hospodářský potenciál. Tato oblast ovšem řeší těžké ekologické problémy vlivem průmyslového znečištění. Středoasijské republiky leží na starodávné „hedvábné cestě“, na které vyrostla i její historická města. Tato historická města sebou nesla tradice a kulturu předchozích civilizací. Dnes se nové nezávislé republiky vracejí k jazykům, náboženstvím a tradicím své minulosti



Nejpočetnější asijské komunity žijící na území České republiky za období let 1999 - 2003

<i>Vietnam</i>	24 824 – 13 771
<i>Rusko</i>	16 906 – 8 350
<i>Čína</i>	4 328 – 2 821
<i>Moldavsko</i>	2 936 – 2 366

<i>Kazachstán</i>	2 467 – 797
<i>Mongolsko</i>	1 165 – 1 072
<i>Gruzie</i>	294 – 149
<i>Japonsko</i>	245 – 449
<i>Korea</i>	196 – 138
<i>Kyrgyzstán</i>	228 – 193
<i>Pákistán</i>	279 – 80
<i>Sýrie</i>	320 – 72
<i>Turecko</i>	389 - 274

ČÁST PRO ZÁJEMCE 2



Typické zvyky a tradice nejčetnějších asijských komunit žijících v České republice jsou seřazeny podle vybraných oblastí *Osnovy Andrews/Boyle ke kulturnímu zhodnocení pro poskytovatele péče o zdraví*: jazyk, komunikace; náboženství a víra; zvyklosti týkající se zdraví; výživa; sociální a ekonomicko-hospodářské souvislosti; kulturní omezení; kulturní vazby a vývojové souvislosti; výchova a vzdělávání; predispozice kultury; hodnotové orientace.

Po obecném přehledu kulturních zvyklostí a tradic asijské komunity následuje vždy kasuistika - ošetřovatelské zhodnocení na základě autentických rozhovorů s klienty.

5.4 Zvyky a tradice vietnamského etnika

Obecný přehled

VIETNAM. Země v Jihovýchodní Asii s hlavním městem Hanoj. S rozdílným podnebím na jihu a severu země (v lednu na severu 15 st. C, v prosinci na jihu 26,8 st. C). Obyvatelé této země strádali po řadu let válkami.



Náboženství a víra

Ve Vietnamu je několik náboženských směrů. Nejvíce obyvatel se hlásí k buddhismu (60 %), dále je tu konfucianismus (13 %), taoismus (12 %), křesťanství (4 %). *Budhismus* je určován myšlenkou, že veškeré bytí je strastné. Věřící provází stav mysli směřující k dosažení absolutní blaženosti (nirvány) po skončení koloběhu převtělování. Vietnamci preferují *rovnováhu síly jang a*

jing. Jang znamená světlo, teplo, sucho, jing znamená tmou, chlad a vlhko.



Jazyk a komunikace

Vietnam má tři základní dialekty patřící k austroasijské nebo čínské tibetské rodině. Národním úředním jazykem je *vietnamština* – jazyk s nevyjasněnou genetickou příslušností. Mluví jím asi 53 mil. osob. Z nonverbální komunikace stojí za povšimnutí projev dobrého úmyslu a přátelství. Je zvykem při podání ruky podat pravici a levou rukou ji ještě lehce stisknout. Kontakt očima může být považován za neslušnost.



Vietnamská kultura

Kultura je ovlivněna kulturou Číny a Indie. *Hudba*: tradiční zpěvy a tance doprovázené větším počtem dechových strunných a bicích nástrojů. Jde o housle – *nhi*, dvoustrunné kytary, citory, bambusové flétny *sáo*, gondy a bubny. Mladá generace se snaží kombinovat prvky tradiční vietnamské hudby s moderními styly západoevropské hudby. Kultura je ovlivněna filosofií *souladu s přírodním prostředím*, což odráží výtvarné umění i architektura Vietnamu. Charakteristická je dekorativnost a použití dřeva, přírodních motivů. Z uměleckých řemesel je významné lakařství, keramika, fajánsové glazury a perleťové intrustace.

Jídlo a tradice

Nejdůležitější plodinou výživy obyvatel je *rýže*. Především ženy pěstují rýži na trvale zaplavených polích. Rýže se připravuje různými způsoby. Maso používané ve vietnamské kuchyni – ryby, drůbež. Mezi ovoce patří durian – lahodný plod ze stromu *Durio zihethinus*. Potravinám je

podle filozofie rovnováhy jing a jang přiřazována síla tepla nebo chladu. Teplé pokrmy jang např. vejce, drůbeží maso, rýže a chladné pokrmy jin např. karotka, fazolové klíčky. Rovnováha ve skladbě potravin vede tak ke zdraví. Tradiční rituály při jídle používá vietnamská rodina také k uctívání svých předků. V každé vietnamské rodině je domácí oltář s fotografiemi, ke kterému se nosí ovoce a vonné tyčinky.

Hospodářství, sociální a ekonomické souvislosti

Silně narušeno dlouholetou válkou, nyní probíhá postupná integrace. Zemědělstvím se živí 70 % obyvatelstva země. Hlavně pěstováním plodin jako je rýže, kukuřice, sorgo, batáty, brambory, cukrová třtina, čajovník, tabák, ananas, citrony. Neméně důležitý je chov skotu, buvolů, prasat, drůbeže, bource morušového. Ekonomické podmínky života většiny obyvatel Vietnamu jsou velmi nízké.

Tradiční rodinná a příbuzenská struktura

Ve Vietnamu je preferována patriarchální struktura rodiny. Převažuje rozšířená rodina. Respektuje se prvorozenectví, kdy prvorozený syn dědí rodinný majetek. Rodiče příliš nechválí své děti, zachovávají kontrolu nad výchovou svých dětí. Kladou důraz na úspěšnost a nezávislost více než v české populaci. Uplatňují vztahy rovnováhy a harmonie, vycházející z filozofie jing a jang.

Zvyklosti týkající se zdraví

Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem. Nerovnováha těchto sil způsobí nemoc. Jang znamená světlo, teplo, sucho. Jing znamená tmu, chlad a vlhko. Ještě dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledávání léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedli spirituální léčebné obřady. Vietnam patří mezi oblasti jihovýchodní Asie, kde se udržují lidové tradiční praktiky, které mohou nechat stopy na těle především dětí. Jedná se o "baňkování", "vyštípování", vypalování" při bolestech hlavy, nechutenství, kašli, průjmech apod.

5.4.1 Kasuistika klientky vietnamské komunity

Kasuistika:

Žena ve věku 38 let, **vietnamské národnosti**. V České republice žije 8 let se svojí čtyřčlennou rodinou. Manžel žije v ČR již 10 let, je mu 46 let. Má dvě dcerky ve věku 13 let, 2 let. S manželem pracují v obchodě s potravinami, který zde společně založili. Pocházejí z hlavního města Vietnamu Hanoje. Oba se tam narodili, narodila se tam i jejich jedna dcera, druhá zde. Ve Vietnamu mají své rodiče, sourozence, ostatní příbuzné. Přichází do gynekologické ambulance na preventivní gynekologické vyšetření.

Jazyk, komunikace, gesta

Při komunikaci klienta/pacientka používá lámanou češtinu. Sama říká, že česky neumí mluvit „jen málo“. Rozumí ovšem mluvenému slovu. Při komunikaci se stále usmívá, působí velmi zdvořilým dojmem. Občas uhýbá pohledem, ovšem tento projev je matoucí vzhledem k tomu, že používá brýle. Je velmi uzavřená až bojácná. Doma hovoří rodným jazykem, tedy vietnamštinou. Její manžel používá češtinu jen v nejnútnejších případech v obchodě, „prý už je starý, aby ji uměl dobře“. Klientka chválí svou 13ti-letou dceru, která má výbornou známku z českého jazyka ve škole a hodně jim při komunikaci v češtině pomáhá.

Způsob odívání, tělesný vzhled

Dodržuje veškerá pravidla osobní hygieny, je upravená. Její fyzický stav při gynekologické prohlídce odpovídá stavu po proběhlých porodech. Problémy neuvádí. Oblečení volí sportovní,

pohodlné. S nákupem oblečení pro sebe i členy rodiny neměla a nemá problém



Všeobecná souvislost života s prostředím

Její manžel žije v ČR delší dobu než ona. Odcestoval ze sociálních a ekonomických důvodů z rodné země. Klientka za ním přijela před 8 lety. První roky byly pro ni i pro ostatní členy rodiny těžké. Je hodně uzavřená, uvádí, že nevyhledává přátele a nemá dobré zkušenosti z počátečního pobytu v ČR s Čechy. Např. zpočátku lidé chodili do obchodu velmi zdrženlivě. Jejich obchod je malý, ovšem přehledný, přehledně uspořádaný, vždy s čerstvými potravinami. Dnes je již situace poměrně lepší.

Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony

Klientka již zná přístrojové vybavení gynekologické ambulance, zpočátku ji ovšem některá vyšetření přístroji připadala zbytečná. V době, kdy čekala druhou holčičku, musela velmi často na kardiokograf (sledování ozev plodu a napětí děložní svaloviny), přitom její holčička byla zdravá a lékař říkal, že je to pouze prevence. V Hanoji nebylo zapotřebí tolik vyšetření. Také v lékárnách byl velký rozdíl – nic jí neprodali, vše na předpis lékaře. To ze své země neznala, v Hanoji si mohla zakoupit vše, co potřebovala pro sebe i pro rodinu. Byla také zvyklá nejprve si pomoci sama a teprve potom vyhledat lékaře nebo zdravotnické zařízení. Po porodu holčičky byla nyní na druhé gynekologické prohlídce, snaží se dodržovat nařízení gynekologa.

Způsob života v rodině

Rodina má patriarchální strukturu. Klientka respektuje svého muže, který je hlavou rodiny. Rodinu ovšem ekonomicky zajišťují společně. Žijí svým tradičním způsobem uvnitř rodiny, jak byli zvyklí z Vietnamu. Některé zvyky přizpůsobují. Například Vánoce. Vánoce jsou především křesťanským svátkem. Ve Vietnamu je nedodržují. Slaví společně příchod Nového roku. Protože mají děti a 13ti-letou dceru, která má kamarádky zde, i oni nyní kupují dětem dárky a zdobí vánoční stromeček. Určitým způsobem přijímají postupně způsob života v českém kulturním prostředí.

Denní aktivity

Ráno se stará o děti, starší dcerka odchází do školy. V poledne se s manželem prostřídají. Ona pracuje v obchodě do 18.00 hod. a přichází manžel, který tam je do 22.00 hod. Mezi tím si dělí povinnosti o rodinu, s povinnostmi pracovními. „Nikam nechodím.“ Přátele zde nemá, pouze dvě zaměstnankyně z obchodu, jsou to Češky. Zájmy, která má, se týkají péče o rodinu.

Stravovací zvyky

Nejdůležitějším pokrmem je pro ní rýže, dále houby, rýžové nudle, krevety – placky, čaj, hodně zeleniny, ovoce. Nejvíce pije neperlivou vodu. Spoustu potravin jim rodina a přátelé posílají z Vietnamu. Českou kuchyni nevaří. Pouze jejich dcera se naučila jíst tradiční česká jídla ve školní jídelně, včetně svačin, což oni nemají ve zvyku. Doma se všichni stravují společně a vaří kuchyni podle vietnamské tradice. "Česká kuchyně je pro nás velmi nevhodná, je příliš rozdílná, pro nás nevhodná. Máte málo druhů zeleniny, málo druhů ovoce, které zařazujete do jídelníčku. Jíte méně ryb, jíte hodně moučných jídel a sladkých pokrmů". Její jídelníček vypadá přibližně takto: snídaně polévka - vývar z rýže, masa(kuřecí, hovězí), zázvor, cibule, skořice; oběd rýže, maso nebo ryby, hodně zeleniny; večeře rýže, ryby, zelenina, ovoce. Pijí čaj vietnamský a hodně neperlivé vody. Má velmi ráda ryby, placky z krevet, hodně druhů ovoce, které jí posílají z Hanoje. Dvouletá holčička pije mléko, které připravuje z Nutrilonu. Kojila velmi krátce.



Světový názor

Působí optimistickým dojmem. Je patrné, že se přiměřeně adaptovala na nové prostředí. Postoj k okolí, k lidem obecně je pozitivní.

Náboženské a duchovní hodnoty, víra

V její zemi převažují lidé hlásící se k buddhismu. Ona i manžel jsou také buddhistického vyznání. Ovšem nepřisuzují tomuto náboženství ve svém životě vysokou hodnotu. Manžel uvádí, že věří především sám sobě, jak říká jeho žena a ona s ním souhlasí. I ona věří jemu, sobě a své rodině.

Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě

Klientka a její rodina mají silné vztahy ke své kultuře, zemi a rodině. Je patrné z rozhovoru na toto téma, že klientka zesmutněla. Stýská se jí. Za celých osm let nebyla ve své zemi. Říká, že letenka je pro ně teď příliš drahá. Ráda by se vrátila, ale manžel je rozhodnut zůstat. Již zažádali o trvalý pobyt v České republice.

Hodnota vzdělání

Klientka má středoškolské vzdělání. Vystudovala státní školu pro učitelky mateřských škol v Hanoji. Její manžel má vysokoškolské vzdělání. Vystudoval techniku na Univerzitě v Hanoji, je technickým inženýrem. Oba vystudovali státní školy bezplatně. Jak uvádí navštěvovali nejdříve základní školy do 17 let, potom střední do 19 - 20 let. Manžel dále univerzitu do 26 let. Považují vzdělání za velmi důležité. Bratr manžela je právník, který nyní také přicestoval do České republiky a žije v Praze. Mají s manželem radost ze své dcerky, která se dobře učí a bude v letošním roce přecházet na gymnázium.

Ekonomické faktory, politické a právní vlivy

Ekonomické a sociální podmínky je donutily opustit svoji zemi. V současné době mají průměrný

příjem, aby zaplatili pronájem v domě, kde bydlí a pronájem domu, kde mají obchod. Musí tedy pracovat i ona. Peníze na návštěvu rodiny a přátel ve Vietnamu nemají. Klientka věří, že situace bude lepší. Za zdravotní péči jsou ochotni si zaplatit, pokud ji budou potřebovat. Platí si zákonné zdravotní a sociální pojištění.

Laická péče o zdraví

Klientka se snaží pomoci sobě, dětem i manželovi sama. Zatím nikdo vážně neonemocněl. Ona rodila v České republice, v těhotenství neměla žádné problémy, do konce porodu pracovala. Porodila velmi rychle a po dvou dnech odešla domů. S dětěátkem potom chodila k paní doktorce, protože bylo "žluté" jak uvádí.

Profesionální péče, znaky péče, způsob informovanosti

Klientka se domnívá, že naše zdravotnická zařízení jsou "velmi pěkná, moderní" než u ní doma. Lidé v Čechách si ovšem sami moc nedokáží udělat, "pořád chodí do nemocnice", díví se proč. Jsou zvyklí, že jejich zdravotní problémy vyřeší lékař. A lékař se domnívá, že je skutečně vyřeší. Tomu ona nerozumí! Ona se snaží nemoci předejít a učí tomu i své děti.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 8



Co jste se z předložené kasuistiky naučili ?

Jak to změnilo váš pohled na ošetrovatelské přístupy?

5.5 Zvyky a tradice asijské části ruského etnika

Obecný přehled:

RUSKO (Kazachstán, Gruzie). Pohoří Ural tvoří přirozený předěl mezi evropskou a asijskou částí Ruska. Východně od Uralu se rozkládá Sibiř až k břehům Tichého oceánu. Země jako Rusko a Kazachstán mají velký hospodářský potenciál.





Náboženství a víra

Pro Rusko je náboženství zastoupeno *ruskou pravoslavnou církví*. Ruská pravoslavná církev je největší z pravoslavných autokefálních církví. Vznikla až po přijetí křesťanství v Rusku v roce 988. V 15. století získala samostatnost. Po svržení carismu se ujala vedení. Koncem 20. let 20. století představitelé pravoslavné ruské církve vyjádřili svoji loajalitu tehdejšímu socialistickému zřízení. V současnosti je ruská pravoslavná církev počtem svých členů nejvýznamnější církví v Rusku. Celá staletí byla pronásledována, některé kostely byly zavřeny, dnes jsou opět zpřístupněny věřícím.

Jazyk a komunikace

Úředním jazykem je *ruština*. Ruština je východoslovanský jazyk píšící se azbukou. Významné stopy zanechal v ruském jazyce církevně slovanský jazyk, který byl v Rusku jazykovým písemnictvím a jehož rysy postupně přebírala vznikající spisovná ruština. Spisovný ruský jazyk se vytvářel od 18. století. *Rusistika* je věda o jazyce, historii a kultuře ruského národa. Z tradičních ruských rituálů nonverbální komunikace stojí za uvedení zvyk při setkání, kdy jsou běžné tři polibky při pozdravu a při rozloučení u obou pohlaví.

Ruská kultura

Hudba byla prezentována tradičními lidovými písněmi. Písně jsou různorodé – taneční, pracovní, revoluční, obřadní, byliny, častušky. Uplatnila se lyrická píseň, ale i složitější projev ruského folklóru, který je hrdinská epika (byliny). Používané hudební nástroje ruské kultury: *gusli*, *domra* (strunné), *balalajka*, *gubok* (flétna), *harmonika*, *bicí nástroje*. Ruské divadlo – od 11. století působili potulní skomorochové a loutkáři. Uplatňovaly se postupně žánry přes činohru, operu i balet. Za zmínku stojí *ruský balet*, který měl velký vliv na vývoj baletu v západní Evropě a v Americe. Tradiční řemesla, kam patří řezbářství.

Jídlo a tradice

Severní část obyvatelstva asijské části Ruska tvoří Čukčové žijící na východě Sibíře. Živí se lovem zvěře, rybolovem a chovem sobů. Hlavní součástí jejich stravy je maso. Jižněji na farmách se chovají soboly, norci, rysy i lišky. Rusko bylo v 50. letech zaměřeno na vysokou produkci obilnin. Stepy byly rozorány a lidé byli přinuceni odejít do prázdných stepí a změnit tak způsob života. Ve stepích chovají ovce, koně. Hlavní součástí jejich stravy je tedy maso a obilniny. Národním nápojem je *kumis* zkyšané kobyčí mléko, které je preferováno především u Kazašů, původem kočovníků stepních oblastí. Typickou součástí jídelníčku v zemích s chladným podnebím jsou *husté teplé polévky*. Proslavený *ruský boršč* (původem z Ukrajiny) obsahuje červenou řepu, kořenovou zeleninu, brambory, zelí a maso se podává s *ruskými pirožkami plněnými masem*. Vyhlášené je *víno*, *koňak* a *ruská vodka*. Víno a koňak pocházejí hlavně z Gruzie, kde se daří vinné révě. Přímořské oblasti na jihu Ruska jsou vyhlášeny *ruským kaviárem* z jeseteru. Také *ruský čaj* z 90 % pěstovaný v Gruzii se připravuje tradičním ruským způsobem,

kdy se zalévá horkou vodou převařenou v čajníku zvaném *samovar*.

Hospodářství, sociální a ekonomické souvislosti

Lidé této krajiny se vyrovnávají s velkým průmyslovým znečištěním. Tato oblast vyrábí jednu třetinu produkce železa a oceli bývalého Sovětského svazu. Navíc oblast Dálného východu je vysoce militarizovanou zónou (např. v Kazachstánu bylo v letech 1950 – 1990 uskutečněno na 500 pokusných výbuchů jaderných zbraní). V této oblasti se rodí mnoho postižených dětí. Na severu Ruska, na Sibiři je 80 % hydroenergetického potenciálu Ruska. Jsou zde těžební pánve na těžbu zlata a diamantů. věže jsou zastaralé a není výjimkou vysoké procento důlních neštěstí a úrazu. Sever je pro ruské rodiny chladným a drsným prostředím. Jižní Kazachstán (Bajkonur) je centrem ruského vesmírného programu.

Odívání a tradiční oděv

Pro Rusko typické hedvábní a bavlněné látky, *tradiční ruské šátky pestrých barev a vzorů*, v některých oblastech protkaných zlatými a stříbrnými nitěmi, které nosí ženy na hlavě (Gruzie, Azerbajdžán, Rusko).

Bydlení a tradice prostředí

Sever Ruska a jeho města na Sibiři jsou postavena tak, aby odolávala drsným klimatickým podmínkám. Mnoho domů stojí na pilotách, protože mráz ničí běžné základy. Ve středu Ruska žijí lidé ve městech ovlivněných evropským stylem v souladu s předchozím komunistickým režimem. V některých částech lidé nespátí slunce až 47 dní v roce. Stepy Kazachstánu jsou typické stavbou jurt.

Přechodná industrializace této oblasti země vyvolala těžké ekologické problémy. Emise oxidu uhelnatého i síry vznikající při spalování uhlí a ropy jsou tak vysoké, že na západě by byly nepřijatelné. Znečištěné ovzduší vyvolává mnoho chorob u ruských dětí i dospělých.

Sport

Velké oblibě v Rusku se těší *šachová hra*. Rusko má také řadu světových šachových velmistrů.

5.5.1 Kasuistika klienta ruské komunity

Kasuistika:

Klient, mužského pohlaví, ve věku 46 let, **ruské národnosti**. Pracuje v České republice jako pomocný dělník na stavbě. Je kuřák, kouří 1 krabičku cigaret denně, alkohol nepije. V České republice žije 1 rok, přišel sem se svojí dcerou, která zde také pracuje. Ostatní členové rodiny zůstali v Rusku. Byl přijat do zdravotnického zařízení na Oddělení tuberkulózních a respiračních nemocí pro výraznou dušnost, přetrvávající zvýšenou tělesnou teplotu a bolest v pravém mezižebří.



Jazyk, komunikace, gesta

Při komunikaci klient používá téměř výhradně rodný jazyk (ruštinu). Občas se pokusí použít české slovo. Podle jeho reakcí se dá usoudit, že rozumí českému jazyku částečně a pouze tehdy, pokud se mluví pomalu a v jednoduchých větách, či heslech. Celkově musíte být velmi pozorní a používat i nonverbální komunikaci. Např. gesta. Při zpětném ověření pochopení informace často dochází k chybnému výkladu ze strany klienta/pacienta. Obzvláště docházelo ke konfliktům např. při edukaci před vyšetřením, kdy při edukaci klient vše „odkýval“ a samotné vyšetření odmítl s tím, „že kdyby mu bylo řečeno o co jde, nikdy by to nepodstoupil“.

Způsob odívání, tělesný vzhled

Dbá na základní pravidla hygieny, je soběstačný, přesto jeho vzhled působí velmi zanedbaně. Tělo je kachektické a pokryté četným tetováním. Tvář je propadlá a zarostlá vousem. Vyžaduje možnost nošení svého civilního oblečení přes den a na noc vlastní pyžamo.

Všeobecná souvislost života s prostředím

U tohoto klienta lze předpokládat, že je vystaven delší dobu stresu. Byl nucen z důvodu špatné sociální a ekonomické situace opustit svou rodinu a zemi, aby alespoň zprostředkovaně zajistil základní životní potřeby rodiny. I přes to, že bylo u něho zjištěno závažné onemocnění, vyžadující dlouhodobou péči v nemocnici, je ochoten zanedbat svůj zdravotní stav proto, aby se mohl vrátit do práce a zajišťovat nadále rodinu.

Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony

Klient/pacient odmítal vyšetření, kde asistovaly ženy a kde se jednalo o ošetřování intimních partií těla. Udal, že „je u nich zvykem, že tato místa může vidět pouze matka nebo manželka“. V těchto případech vyžadoval mužský personál. Mnohdy nešel tento požadavek zabezpečit, protože na mnoha pracovištích jsou pouze ženy, a proto raději vyšetření odmítl (např. angiografii). Pravděpodobně ze stejného důvodu odmítal od sester aplikaci i.m. injekcí do hýžděového svalu.

**Způsob života v rodině**

Rodina klienta má víceméně patriarchální strukturu. Muž je respektovanou hlavou rodiny, zajišťuje ekonomicky a materiálně rodinu. Žena o muže pečuje, pro nás až nezvykle poddaným způsobem. Během života tuto roli plní matka, po té manželka. U klienta tuto roli nyní supluje dcera.

Denní aktivity

Klient nevyhledává společnost druhých lidí, je uzavřený. Hlavním důvodem je jazyková bariéra. Přes den odpočívá na lůžku a čte ruskou literaturu a časopisy, které mu dcera pravidelně nosí.

Stravovací zvyky, tabu

Přidělená dieta (racionální) mu nevyhovuje. Skladba jídelníčku většinou odpovídá klasické české kuchyni. Jí pouze dle jeho sdělení svojí tradiční kuchyni např. skopové maso. Nebyl si scho-

pen vybrat, ani z nabídky individuálních diet. Raději nejedl nic a konzumoval pouze jídlo, které donesla dcera.

Světový názor

Celkový jeho postoj ke světu a okolí je negativistický. Pokud se vůbec vyjádří k nějaké problematice, je verbálně agresivní. Dá se tušit, že všechny jeho nepřiměřené reakce a názory plynou z jeho současné neutěšené životní situace a možné sociální izolace.

Náboženské hodnoty a duchovní víra

Klient je pravoslavného vyznání. Po té, co se dozvěděl závažnou diagnózu, se upnul k víře více než dříve. Vyžádal si i pravoslavného kněze, po té, co si všimnul, že na oddělení dochází katolický kněz.

Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě

Klient má silné vztahy k vlastní kultuře, rodině, zemi. Velice trpí odloučením, ale zároveň chce splnit svou roli, tak jak jí jeho kultura chápe, tj. zajistit rodinu i za cenu velkého psychického a citového strádání, v současnosti i fyzického.

Hodnota vzdělání

V současné době je u něj vnímání vzdělání v pozadí. Sám má základní vzdělání. Jeho hodnotu opět určuje současná ekonomická situace v jeho zemi, do popředí se tedy dostává splnění základní životních potřeb umožňující přežití. Hlavní jeho potřebou je finanční zajištění rodiny.

Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví

Ekonomické faktory nutí klienta, aby zanedbal vlastní zdraví. O čemž svědčí i to, že neustále „diskutuje“ o propuštění – „podepsání reversu“. Dokonce chce do budoucna odmítnout léčbu maligní choroby, na kterou je v jeho případě vážné podezření. Raději se chce vrátit do práce a už ani nechce čekat na konečnou diagnózu.

Politické a právní vlivy

Nemá vyhraněný politický názor. V České republice pracuje legálně.

Laická péče o zdraví, důležitost profesionální péče, znaky péče

V případě tohoto klienta jde spíše o „nepéči“. Jeho sociální a kulturní situace absolutně vytěsnila zájem o jeho zdraví a život vůbec, a to i za cenu, že brzy „zemře“ a jeho rodina zůstane do budoucna „bez prostředků“.

Způsob informovanosti

Jak si udržet zdraví, jak předcházet onemocnění, jak získat zdraví, jak o sebe pečovat. Klient je v těchto uváděných bodech neinformovaný, nejeví zájem o své zdraví a svoji osobu. Je uzavřený pomoc zdravotníků odmítá. Jeho prioritou je rychlé zabezpečení rodiny.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 9



Co jste se z předložené kasuistiky naučili ?

Jak to změnilo váš pohled na ošetrovatelské přístupy ?

5.6 Zvyky a tradice tureckého etnika

Obecný přehled:

TURECKO je země, ve které se spojují prvky moderní Evropy a islámské tradice. Právě zde se Východ setkává se Západem. V letech 2000 až 5000 př.n.l. byla tato oblast centrem světové kultury a směsíci starých civilizací. Osmánští Turci vládli 600 let velké říši, ale počátkem 20. století nastoupil Mustafa Kemal (Atatürk „otec Turků“), který začal s rychlou až násilnou modernizací země. Turecko je země rozporuplná, rozdílná mezi západem a východem, civilizovaným západem s atraktivními turistickými středisky, velkými městy, vzdělaností a chudým bojechtivým východem. Východní Turecko je nejchudší a nejméně rozvinutou částí země.



Náboženství a víra

Turecko je islámská země. V současnosti islám v Turecku prožívá obrodu a vrací se k mnoha zvykům ze své bohaté muslimské minulosti.

Jazyk a komunikace

Úředním jazykem je *turečtina*. Jde o zreformovaný spisovný jazyk. Patří mezi turkitské (turkotatarské) jazyky. Píší se azbukou, latinkou a arabským písmem. *Turkologie* je vědní obor zabývající se studiem jazyka, literatury, dějin tureckých národů. Při komunikaci nutno zmínit tzv. turecký "*pozdravný ceremoniál*". Při pozdravu na uvítanou následuje objetí, vzájemný polibek na tváře, následují dotazy na rodiny, jejich zdraví, dotaz jak jdou obchody, teprve potom následuje rozhovor o dalších tématech - jedná se o významný rituál při komunikaci.

Turecká kultura

9000 let byla tato oblast domovem civilizací s vesnickými sídly a kvetoucím životem ve městech, jejíž obyvatelé byli nejrůznějšího původu a přicházeli v různých dobách. Znovu a znovu docházelo k syntéze. Výklad dnešní civilizace a kulturních tradic by se proto měl zakládat na pochopení toho, co se tu odehrávalo v minulých tisíciletích, jak byla tato oblast utvářena. *Hudba*: hudební kultura Malé Asie ovlivněna persko-arabskou hudbou. Kolový tradiční tanec zvaný *halay* je velmi oblíben. Lidoví zpěváci *asik* zpívají písně v tradici tureckého folkloru za doprovodu loutny *saz*. Další nástroje: bubínek *deblek*, pastýřská flétna *kaval*, citery *kanun*.

Kultura vychází z islámské minulosti. Na Egejském pobřeží je dědictví antiky, které zde nechali při kolonizaci Řekové. *Architektura* se vyznačuje velkými mešitami, minarety. Tradiční jsou ručně vázané koberce *kelimy* se zvláštními vzory a barvami. Vyrábějí se zde keramické dlaždice, které zdobí mešity.

Jídlo a tradice

Typické turecké jídlo se skládá z čerstvého ovoce, zeleniny, masa, ryb ochucených kořením – např. kmínem a skořicí. Z masa je nejoblíbenější jehněčí. Tradičním jídlem je *kebab* – opečené

jehněčí maso, případně nasekané na kousky. Masové koule servírované s rýží s mletou pšenicí *burgul*. *Kozí jogurt* smíchaný s okurkou, česnekem a mátou se přidává k masu. Nechybí olej, rajská jablíčka. *Turecká káva* patří k dlouholeté tradici země. Připravuje se z kávových zrn rozemletých na drť, která se zalijí vařící vodou s cukrem. Oblíbeným místem jsou kavárny. V celém arabském světě tráví muži svůj volný čas v kavárnách. Pijí kávu, čaj, kouří *vodní dýmku*, hrají kostky a jiné hry. Tradiční turecký silný likér se nazývá *raki* je vyráběn z anýzu.

Hospodářství, sociální a ekonomické faktory

Turecko má různorodou krajinu i podnebí. Pěstují se zde zemědělské plodiny, jako např. obilniny, cukrová řepa, tabák, fíky, broskve, vinná réva, meruňky, třešně. Západní část, především turistické pobřeží na výrazně lepší ekonomické a sociální podmínky. Venkovaně se stěhují do velkých měst za obživou (60% obyvatelstva žije na perifériích měst v jednoduchých obydlích). Živí se jako pouliční prodáváci. Na venkově je život velice těžký. Zimy bývají na náhorních plošinách drsné. Obyvatelé jsou pastevci stád nebo rolníci. Lidé odtud se mnohem častěji stěhují za prací do zemí západní Evropy.



Tradiční rodinná a příbuzenská struktura

Patriarchální struktura rodiny převažuje. Žena pečuje o děti a muže. Svěřovat děti do péče dívky na hlídání je neobvyklé. To, že děti se účastní života dospělých v rodině, se považuje za úplně normální. Od mladých se očekává, že vůči starším chovají respekt, což se například projeví tím, že nemluví, když nejsou tázáni, dokud si nesedne starší, neposadí se. Rodiny muslimů dodržují tradiční rituály spojené s touto náboženskou filozofií.

Zvyklosti týkající se zdraví

Turecká lázeň proslulá součástí turecké kultury. Nejčastěji je situována do interiérů s prvky islámské architektury. Lázeň plní nejenom funkci hygienickou, ale i sociálně komunikační a zotavovací.

5.6.1 Kasuistika klienta turecké komunity

Kasuistika:

Muž, 29 let, ženatý, bezdětný. Má vysokoškolské vzdělání. V České republice žije druhým rokem. Je **turecké národnosti**, muslimského vyznání. V České republice se oženil a zde také pracuje. Povoláním ekonomický inženýr, nyní ovšem pracuje jako pomocný dělník ve skladu. Pan X.V. byl přijat do zdravotnického zařízení, na chirurgické oddělení s lékařskou diagnózou: Komplikovaná zlomenina radia a ulny, stav po repozici. Nyní je 1.den hospitalizace, 1.den po repozici. Fyziologické funkce v normě TT 36,9 st.C, TK 120/60, P 67/min., bez bolesti.

Jazyk, komunikace, gesta

Klient/pacient se domlouvá obtížně česky, pokud hovoříme pomalu, komunikace je možná s menšími problémy. Uvádí, že hovoří turecky, arabsky nebo anglicky. Česky ještě dobře neumí, ale rozumí.

**Způsob odívání, tělesný vzhled**

Působí velmi uhlazeným upraveným dojmem. Je oblečen ve středoevropském oděvu. Říká, že záleží na něm, zda se bude oblékat středoevropsky anebo podle zásad islámu. Je štíhlé vyšší postavy. Vlasy má tmavé, upravené s kvalitním stříhem.

Všeobecná souvislost života s prostředím

Po svatbě se rozhodl, že bude společně s manželkou žít v Čechách. I přes rozdílnost kultur, se mu zde líbí a je ochoten se v rámci svých možností přizpůsobit českému prostředí.

Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony

V Čechách žije pouhé 2 roky a je zde moc spokojený. Pochází z velkého města, z rodiny slušně situované, která žila již hodně civilizovaným způsobem života. Proto mu adaptace na zdejší život nedělá žádné vážnější potíže. Je 1 rok ženatý. Uvádá, že má kladný vztah k technice, ale přístroje v nemocnici nezná a má z nich trochu obavy. Uvítal by, kdyby měl k dispozici jednu povolnou osobu, která by mu vysvětlila princip vyšetření a další léčebný postup. Za těchto podmínek by spolupracoval bez zbytečných obav.

**Způsob života v rodině**

V rodinném životě je spokojený. Manželka je zdravotní sestra a pracuje v nemocnici. Je rád, že sehnal v Čechách práci, protože jazyková a rasová bariéra je problémem na trhu práce, jak uvádí. Je hrdý na sebe, že výborně zvládl rekvalifikační kurz maséra, ale nemůže se v tomto oboru uplatnit. Snaží se zdokonalovat v češtině, zkouší si zařizovat své potřebné záležitosti na různých institucích sám, bez manželky. Chce být také prospěšný v domácnosti, proto myje nádobí, vysá-

vá prach a dělá jinou domácí práci. Tak jako v jiných mladých manželstvích, jak viděl v České republice.

Denní aktivity

Ve volném čase po práci se hodně věnuje sportu. Říká, že je šťastný, když může trávit volný čas ve společnosti příjemných lidí. To je jejich naturelu vlastní – otevřenost, srdečnost, přátel-skost. Posezení v kavárnách je hlavní zálibou řady mužů v Turecku. Jeho další zálibou je tanec. V nemocnici mu chybí společnost na pobavení, posilovna a sport. Snaží se hodně číst a studovat český jazyk.



Stravovací zvyky, tabu

Jí velmi málo. Snídá rád bílou kávu s koláčem. Oběd by měl obsahovat hlavně hodně ovoce, zeleniny. Nesmí obsahovat vepřové maso, alkohol. V jejich kuchyni se používá málo soli a jiné koření než používáme my, v hojné míře rád používá rajský protlak. Večeře by měla být lehká a nejdéle do 17 hodin. Jeho oblíbeným nápojem je coca-cola, rád pije vodu, čaje, kávu občas. Za den vypije pouze 0,5 l tekutin. Jako přílohy má rád rýži, těstoviny. Brambory a knedlíky nekon-zumuje. Maso jí hlavně skopové, mořské ryby a bílé maso. Při jídle používá pouze lžici nebo vidličku, jí pravou rukou, příbor použije jen v nejkrajnějším případě.

Světový názor

Je velkým zastáncem demokracie, svobody. Odsuzuje ateismus a sílu moci peněz.

Náboženská a duchovní víra, hodnoty

Jako muslim vyznává náboženství islámu. Každý pátek se v pravé poledne v mešitě modlí. V době Ramadámu (30 dní) nesmí jíst, pít, mít sex od východu do západu slunce. Nemůže-li jít do mešity, pomodlí se v nemocničním pokoji. Před modlitbou se chce vysprchovat a bude vyžadovat půl hodiny soukromí. Jeho cílem v životě je čistá duše a zdraví.

Sociální vztahy k vlastní kultuře

Kdyby tady mohl žít v podmínkách vlastní kultury, byl by spokojený, ale rád se přizpůsobí kul-tuře naší. Je ženatý, manželka je Češka. Doma jeho děd i otec mohl mít více žen, ale jen pod podmínkou, že se o ně postaral (všechny bez rozdílu musely mít stejné podmínky k životu - bydlení, sociální úroveň, finanční prostředky, atd.). Střídavě u nich bydlel a sdílel s nimi po určitý čas společnou domácnost. nyní i u nich došlo ke změnám.

Hodnota vzdělání

Klient uvádí, že je pro něho vzdělání důležité, proto se snaží neustále zdokonalovat v jazyce a studovat ve svém oboru. Ve své zemi vystudoval vysokou ekonomickou školu. Bohužel nemůže u nás své vzdělání uplatnit. Na jaké úrovni je turecké školství ve srovnání s českým zatím nezná odpověď.

Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví

V Turecku žil v dobře situované rodině. Zde v České republice díky tomu, že dlouho nemohl sehnat práci, cítil nedostatek peněz. Finanční podporu z domova nemohl očekávat, protože by ho rodina žádala, aby se vrátil do země. On chce žít se svoji manželkou zde v Čechách. Dlouho jej tento problém trápil, ale dnes již pracuje a je klidnější. Uvědomuje si, že to hodně působilo na jeho psychiku. Má trochu obavy, aby o práci nepřišel a tím se vše neopakovalo

**Politické a právní vlivy**

Turecko je zemí plnou rozporu a rozdílností. Jako národní náboženství většina zvolila islám, zavedla islámské právo (šarije) – trestá zloděje utětím ruky, cizoložství bičováním a u žen ukamenováním k smrti. V důsledku izolace si musí lid zvyknout na nedostatky v mnoha oblastech. U nás je spokojený, protože je zde svoboda a on se necítí ohrožený.

Laická péče o zdraví

V Turecku je zdravotnictví na nižší úrovni, jak uvádí. Probíhá zde povinné očkování. U zubaře se platí. U lékaře byl klient jen párkrát v životě, protože bezplatná péče je jen na nejnужnější ošetření, ostatní je nadstandart a vše se musí platit.

Důležitost profesionální péče

Klient je rád, že se může léčit v nemocnici. Důvěřuje našemu zdravotnictví. Říká, že je ochoten si připlatit za kvalitnější péči. Díky tomu, že jeho manželka je zdravotní sestra, věří i přístrojům a postupům, které se ve zdravotnictví používají. Trvá, ale na řádném vysvětlení všech postupů vyšetření a další plánované léčby.

Znaky péče

Klient je pojištěn u Všeobecné zdravotní pojišťovny. V případě nutnosti by byl ochoten si péči připlatit. Péče je občas komplikovaná jazykovou bariérou.

Způsob informovanosti o tom, jak předcházet nemocím, jak si udržet zdraví, jak zdraví získat, jak o sebe pečovat.

Nemocný je informován o svém zdravotním stavu, o dalším postupu léčení. V případě nepochopení hovoříme anglickým jazykem. Mezi další ukazatele upozorňující na tradiční nebo netradiční způsob života patří jeho preventivní aktivity. Jeho hlavním cílem v životě je zdraví. Přispůsobuje tomu celý svůj život. Aktivně sportuje, snaží se málo a hlavně zdravě jíst. Je si vědom, že málo pije. Dal si závazek, že zvýší pitný režim. Jako muslimovi je mu vlastní „pěstění těla“.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 10

Co jste se z předložené kasuistiky naučili ?

Jak to změnilo váš pohled na ošetrovatelské přístupy ?

5.7 Zvyky a tradice japonského etnika

Obecný přehled:

JAPONSKO nazývané jako „*Země vycházejícího slunce*“. Celá staletí vládli Šogunové, kteří bránili širšímu kontaktu obyvatel této země s okolním světem. V polovině 19. století se Japonsko otevřelo světu díky obchodu. Jedná se o jeden z nejnádhornějších států světa, vzhledem k geografické poloze této země a předchozí uzavřenosti je to velmi pozoruhodné.

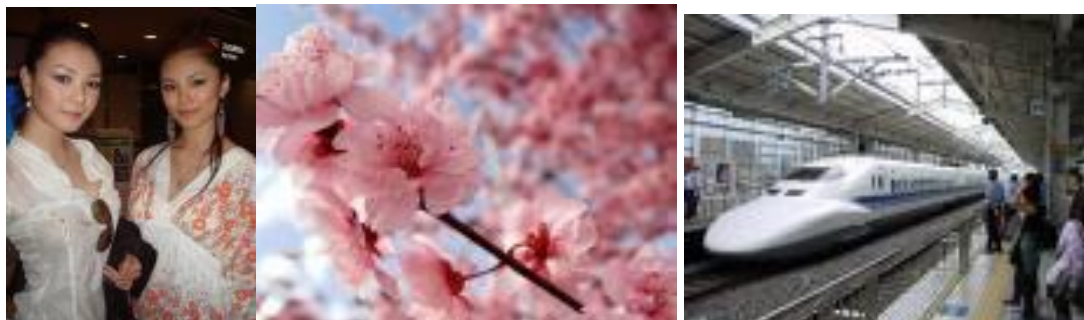


Náboženství a víra

V Japonsku jsou 2 hlavní náboženské směry – *buddhismus a šintoismus*. Lidé se hlásí k oběma. Svadbu konají podle šintoistického zvyku a pohřeb podle buddhistického. Chrámy a svatyně jsou po celé zemi, budovy jsou většinou dřevěné. Do Japonska se dostal vlivem migrace i směr křesťanského náboženství a tak mezi Japonci jsou částečně křesťané.

Jazyk a komunikace

Japonština – východoasijský jazyk, je úředním jazykem země. *Japanistika* – studijní a vědní obor zabývající se japonským jazykem. Japonština byla ovlivněna Čínou, jejíž písmo a jazyk pronikal do Japonska od 5. století. Písmo spojující čínské znaky. Dva typy japonské slabikové abecedy, jednak katakana pro zápis převzatých nečínských slov, jednak způsob Hiragana, který je užíván v ostatních případech. V nonverbální komunikaci jsou Japonci proslulí svým zdvořilým úsměvem a milým příjemným vystupováním. V nonverbální komunikaci stojí za zmínění japonský projev vyjadřování úcty „*hlava níže*“. Znamená to hlava má se dostává níže než hlava partnera, proto je pro Japonce tak typické uklánění jako projev úcty při komunikaci.



Japonská kultura

Kultura Japonské etniky byla ovlivněna Čínou (prostřednictvím Koreje). *Hudba*: Hudební vyjádření Japonců bývá velmi často spojeno s tanečním dramatem. Z hudebních nástrojů mají zvláštní uplatnění drnkací strunné nástroje *šamisen, koto, biwa* a bicí nástroje – *bronzový gong, talíře, bubny*. Hudba divadelní se nazývá kabuki = pro níž jsou charakteristické delší písně, v nichž se

skupiny pěvců střídají s hudbou nástrojů.

Divadlo: Existují 2 typy japonského divadla: *kabuki a nó*. Nó – staré japonské divadlo, vycházející z filosofie buddhismu, divadlo kabuki uvádí příběhy velkých hrdinů. Z dalších tradičních forem jsou to *kagura, bugahu, kjógen*. Stojí za zmínku estetické vnímání prostředí a jeho vliv na Japonce, především proslulá zahradní architektura. Pro Japonsko je typické pěstování bonsajů, miniaturních stromů a keřů. Tento zvyk se z Japonska rozšířil do celého světa.

Jídlo a tradice

Ryby jsou oblíbenou součástí japonské kuchyně. Japonci jedí hodně ryb, protože zemědělství nemá dostatek půdy k chovu skotu na maso a mléko. Hlavní potravinou je rýže. Domácí produkce rýže kryje spotřebu Japonců. Rýže se pěstuje v Japonsku na malých polích hlavně na jihu země. Rýže je také součástí národních zvyků a rituálů prováděných Japonci. Rýžové víno *saké* je japonským národním nápojem. Oblíbeným národním pokrmem je *suši* z mořských ryb a *sašimi* ze syrových mořských ryb, které se namáčí do sojové omáčky. Dále sojový tvaroh *tofu*, polévky připravované pomocí *miso* pasty ze sojových bobů. Strava Japonců obsahuje velké množství zeleniny a ovoce. Specialitou jsou slané teplé meruňky nazývané *ume boši*. Pro Japonsko je charakteristický čajový obřad. Existují čajové receptury spojené s rituály přenášenými z jedné generace na druhou. Čajový rituál po staletí zůstal nezměněn až dodnes.



Odivání a tradiční oděv

Do 19. st. se oděv Japonců velice lišil podle jejich sociálního postavení. Na císařském dvoře se nosil volný hedvábný oděv s dlouhými rukávy převázaný širokým pásem, zvaný kimono. Postupně pronikal do ostatních vrstev obyvatelstva. Dnes při zvláštních rodinných příležitostech se objevuje u Japonců stále.

Bydlení, sociální a hospodářsko-ekonomické souvislosti

Většina Japonců žije ve městech, ale málo z nich si může dovést bydlet ve středu města, proto řada dojíždí do zaměstnání. Vlaky jsou rychlé a výkonné. Japonsko je jednou z nejvyspělejších průmyslových zemí. Je vynikajícím producentem miniaturního elektronického zboží. Průmyslová výroba vozidel a lodí patří mezi jejich priority. Architektura Japonska má specifický ráz ovlivněný východoasijským stylem.

Sport

Lyžování, Japonské Alpy na Honšú, v roce 1998 proběhly v Naganu zimní olympijské hry.

Tradiční rodinná a příbuzenská struktura

Harmonie rodiny jako společenské skupiny je ceněna výše než individuální zájem a autonomie jednotlivců rodiny. Podle japonských tradic je preferována rozšířená a patriarchální struktura

rodiny. Ženy jsou obvykle pasivní. V tradičních rodinách se respektuje prvorozenectví.

Zvyklosti týkající se zdraví

Východní medicína pohlíží na člověka jako na celostní bytost, které je věnována širší pozornost. Do popředí zájmu se dostává rovnováha s důrazem na stravování, odpočinek, víru, rodinu. Součástí zdraví je životní styl, duchovní, fyzická i sociální rovnováha. Jsou používány jak západní, tak orientální léčebné metody.

5.7.1 Kasuistika klienta japonského etnika

Kasuistika:

Muž **japonské národnosti** ve věku 47 let žijící v České republice. Do naší země přijel z pracovních důvodů před 20 lety, tehdy jako svobodný ve věku 27 let. Na základě mezinárodní dohody zde pracoval jako specialista „sexátor“ ve šlechtitelské stanici. Přijel se svým kolegou na tři roky a každý z nich pracoval v jiném šlechtitelském centru na jiném konci tehdejšího Československa. Jak sám vypráví, první roky v jiné zemi, v jiné kultuře a s jinými lidmi byly velmi obtížné. První cesta domů na základě podepsané mezinárodní dohody se mohla uskutečnit až po třech letech. Potkal ovšem ženu, která mu pomohla se rychleji adaptovat v novém prostředí a první návštěvu rodného Japonska podnikl již s ní. Po návratu do Čech se zde rozhodl oženit. Nyní dále pracuje jako vyhledávaný odborník ve svém oboru, má zde rodinu, ženu, 2 dcery a přátele. Rozhodl se žít a pracovat v České republice.

Jazyk, komunikace, gesta

Při příletu do Československa nehovořil česky ani slovensky, ani rusky, částečně ovládal angličtinu. Japonsky se nedomluvil. Měl velkou jazykovou bariéru hlavně v prvních dvou až třech letech. Největší problémy měl v restauraci, v obchodech při nákupu potravin a při nákupu oblečení. Narážel na velkou neochotu a netrpělivost ze strany Čech, jak popisuje. Snažil se co nejvíce využívat možností nonverbální komunikace, potřebné věci ukazoval, hodně gestikuloval.



Způsob odívání, tělesný vzhled

Při příjezdu do tehdejšího Československa měl problémy s nákupem oblečení, jednak měl jazykovou bariéru, těžko se smiřoval s neochotou v obchodech a naše číslování velikostí jednotlivých oděvů neodpovídalo jeho postavě. Nemohl se obléknout z naší nabídky na trhu, rodinu mu tedy zaslala oblečení z Japonska. Dnes je situace podstatně lepší, oblečení si zakoupí, dokonce řada obchodů ho upraví podle jeho potřeby. Japonci mají v oblékání své tradiční zvyky. Typickým slavnostním oblečením při rodinných událostech bylo a stále v rodinách zůstává japonské kimono pro muže. Tento způsob oblečení dnes patří k obřadům, jako je ceremoniál Čajdy, svatba, rodinné oslavy, pohřeb, oblečení mrtvého do kimona. Při svatebním obřadu je muž tradičně oblečen do černého kimona, nevěsta má světlé barevně zdobené kimono se slavnostním páskem. Ke kimonu patří i speciálně upravené vlasy do účesů s tradičními doplňky jako jsou jehlice, ba-

revné pásky, květy apod. Během svatebního obřadu se novomanželé třikrát převlékají. Dnešní moderní novomanželé volí poslední oděv v moderním klasickém evropském stylu: ženich v obleku tmavém a nevěsta ve společenských šatech.

Všeobecná souvislost života s prostředím

Obecně uvádí, že jeho první roky pobytu v ČR sebou přinášely problémy. Na „první pohled“ viděl nižší úroveň jak ekonomickou, tak sociální. Uzavřenost lidí a mnohdy aroganci. Byl srovnáván s příslušníky vietnamské komunity, což mu ze začátku vadilo. Pokládal si otázky: Proč jsem zde? Proč jsem podepsal smlouvu?, cítil velký stesk po domově. Pokud uzavřel s někým přátelství, měl pocit, že tu vznikají příliš povrchní vztahy. Teprve za 1,5 roku se naučil mluvit lámovou češtinou. Seznámil se se svojí budoucí paní a mnohem lépe se adaptoval na prostředí života v české kultuře. Nyní se při vzpomínání usmívá a považuje to za normální vývoj adaptace na nové prostředí.

Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony

Japonsko je vyspělou zemí s vysokou technickou úrovní. Přístrojová technika je v široké míře využívána i ve zdravotnictví v souvislosti s diagnostickými a terapeutickými výkony. V 90. a 80. letech minulého století, kdy sžil v ČR, se neseťkal příliš se situacemi, kde by mohl posoudit úroveň a možnosti využití v péči českého zdravotnictví. Nyní byl hospitalizován a zdá se mu úroveň našeho zdravotnictví dobrá, s Japonskem srovnatelná. Problém ovšem vidí, jak sám říká, „v chaosu“ našeho zdravotnického systému a jeho nízké efektivity. Uvádí malou pozornost ze strany zdravotníků, která je věnována samotnému člověku. Japonský lékař „naslouchá“ svým pacientům. Východní medicína pohlíží na člověka jako na celou bytost, které je věnována větší pozornost. Zajímá se o stravování, odpočinek, víru, rodinu. Uvádí příklad, kdy v Japonsku pacient dostává rychleji výsledky vyšetření, systém je efektivnější, lékař má prostor naslouchat klientovi a společně s ním hledat řešení vzniklé situace. Popisuje zkušenost s českým zdravotnictvím v posledním měsíci, kdy procházel kontrolním vyšetřením: „nejprve jsem čekal v informacích 5 min., ty jsem nakonec nedostal a byl jsem odeslán sestrou z informací na „recepti nového pracoviště“. Tam si zaznamenali mé iniciály a přišel jsem na interní oddělení. Odtamtud jsem byl opět odeslán do jakési modré budovy do ordinace specialisty, kde jsem čekal přibližně dvě hodiny. Nakonec mi sestra řekla, že musím nejdříve do ambulance na odběry krve, tam jsem dostal jakési lístečky a s těmito odběrovými lístečky jsem šel do zelené budovy a tam mi byly provedeny odběry. Potom jsem se vracel zpátky do ambulance specialisty. V ambulanci specialisty jsem se posadil v čekárně a čekal, až mě lékař vyvolá. Čekal jsem 3 hodiny, byl jsem po celou dobu na lačno, potom jsem se dostal k lékaři. U lékaře jsem byl 3 minuty. Lékař mi sdělil hraniční hodnoty výsledků a na základě toho mi doporučil kontrolu za rok. O jiné informace o mé osobě se bohužel nezajímal.



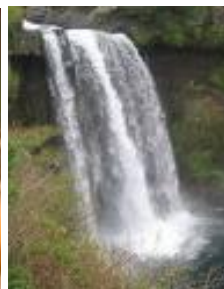
Způsob života v rodině

Japonci upřednostňují rodinu před zájmy společnosti. V rodině, přestože ženy mají stejné postavení s muži, se dodržuje japonská tradice, kdy žena se stará o rodinu a jejím hlavním úkolem je starost o děti a o muže. On sám pochází ze tří dětí, je nejmladší ze tří synů. Podle japonské tradice nejstarší ze synů zůstává doma a přebírá hospodářství po rodičích. Významné svátky v roce v japonské tradiční rodině srovnává s českým prostředím. Vánoce se neslaví způsobem, který je

typický pro evropskou kulturu. Štědrý den není oslavován. Je oslavován pouze poslední den v roce, u nás zvaný Silvestr. Japonské ženy tři dny před posledním dnem roku se věnují přípravě jídla. Všichni se připravují na příchod nového roku. V poslední den roku žena odpočívá, rodina společně děkuje mamince za její péči během celého roku. Večer odcházejí lidé v každém kraji do chrámu k Budhovi. Všichni za celou obec děkují. K tomuto společnému setkání je vyzývá gong, který se rozezní v každém kraji. Společná večeře v rodině je v půlnoci. Hlavním jídlem jsou nudle. Všichni si přejí štěstí do nového roku a čekají do rána na východ slunce. Teprve potom se odpočívá. První den roku se pořádá v kruhu rodiny slavnost, druhý den děti navštěvují rodiče a děkují jim za minulý rok, třetí den probíhají návštěvy známých a přání do nového roku a čtvrtý den zahajují Japonci svůj pracovní nový rok. V každé rodině je „domácí oltář“. Podle Japonské tradice každé ráno žena přináší k oltáři vodu a misku rýže. Pokud přichází návštěvy, i ty přináší dárek k oltáři jako výraz úcty rodinným předkům. V poslední den roku se k oltáři přináší symbolická pyramida zvaná „mochi“ zhotovená ze zvláštní japonské receptury skládající se z rýžové kaše speciálně rozšlehané, na povrchu ozdobené ovocem, většinou mandarinkami.

Denní aktivity

Klient uvádí, že každé ráno posnídá. Snídaní připravuje sám nebo se svou ženou. Jeho snídaně v české republice respektuje jeho japonské tradice. Ráno snídá vajíčka, bujón z mořských řas, misku rýže a čaj, většinou zelený. Vstává kolem 5. hodiny ranní. Odjíždí pracovat přibližně 90 km autem. Někdy přebývá v místě svého zaměstnání 3 – 4 dny a vrací se ke konci týdne. Nesportuje, rád čte a věnuje se rodině.



Stravovací zvyky a tabu

Snídaně podle japonských tradic, k výše uvedeným položkám uvádí i slané teplé meruňky „ume boši“. Obědvá kolem 2. hodiny odpolední většinou bujón, misku rýže, večeře – čerstvá rýže, polévka, zeleninový salát a čaj. Během dne pije 2 – 3 litry vody. Tabu ve stravě uvádí „vše, co má 4 nohy“. Nejí hovězí, vepřové, skopové maso, telecí. Pouze drůbež a ryby. Ve stravě preferuje ryby sladkovodní, ale má rád i ryby mořské. Sám si vyrábí suši, typické japonské jídlo z rýže a mořských ryb a sašimi – plátky syrových mořských ryb, které namáčí do sojové omáčky. Sladkovodní ryby Japonci nikdy nejedí syrové. Z drůbeže jí kachní maso. Tradičním vínem je rýžové víno saké, které s manželkou pijí ve sváteční dny. Dnes nemá problém se zakoupením japonských výrobků, příp. produktů na výrobu některých japonských specialit. Co nemá, zašlou mu známí z Japonska. S rodinou při slavnostních příležitostech navštěvují pražskou japonskou specializovanou restauraci.

Světový názor

Preferuje postoj a vztah vycházející z filosofie buddhismu, větší otevřenost a ohleduplnost, v které byl vychováván. Postoj k naší kultuře je z jeho strany pozitivní, zdá se mu ovšem, že v naší zemi jsou lidé mnohem více uzavřenější a méně ohleduplnější vůči sobě.

Náboženská duchovní víra, hodnoty

Klient uvádí, že preferuje buddhismus a tradice s ním spojené. V České republice žije již 20 let a ví, že u nás převažuje křesťanská víra. Jeho žena je bez náboženského vyznání. On sám se řídí

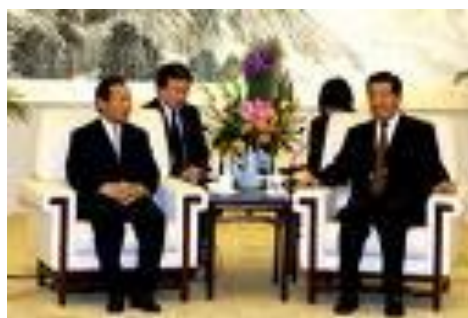
zvyky, kterým byl naučen od svých rodičů v dětství a dospívání. Duchovní víra mu pomáhá v náročných životních situacích, je hrdý na zemi, ze které přišel, v České republice se svojí rodinou se cítí šťastný. Náboženskou nesnášenlivost v této zemi nepoznal.

Sociální vztahy k vlastní kultuře a majoritě

Japonsko je vyspělou zemí ekonomicky i sociálně na dobré úrovni. V sociální sféře je preferován význam rodiny a výchovy dětí. Japonci jsou známi zdvořilostí a vzájemnou úctou. Lidé se tradičně v obci, ze které pochází, schází v chrámu, kde přicházejí k budhovi a přejí si vzájemné štěstí. V každé obci je duchovní, který je rádcem pro každého, kdo jeho pomoc potřebuje.

Hodnota vzdělání

V jeho zemi je hodnota vzdělání postavena velmi vysoko. Což se mu zdá, že v ČR je samozřejmostí. Získat vzdělání v Japonsku je velmi nákladnou záležitostí každé rodiny. Povinnou školní docházku děti navštěvují od 7 let. Potom přecházejí na odbornou školu či střední školu, chtějí-li studovat na univerzitě, musí rodiče jejich studium zaplatit. V Japonsku existují školy soukromé a státní. Střední odborné školy se již platí, vysoké školy se také platí a jsou velmi drahé. Periodizace vzdělání: od 7 do 15 let základní školství, lze tedy ukončit i ve 13 letech a přejít na střední školství do 16 let (jakési lyceum) a dále přejít na odborné střední školství po dobu 3 let, tedy do 19 let. Následně univerzitní vzdělání. On sám získal odborné střední vzdělání, které mu rodiče platili. Přál by si, aby jeho dvě dcery vystudovaly vysoké školy v ČR, jedna již studuje na pedagogické fakultě, obor speciální pedagogika, druhá ukončuje střední pedagogickou školu. Jeho žena je vyučena.



Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů

Klient pracuje stále jako specialista v české firmě, říká, že je velmi dobře finančně ohodnocen, se svojí prací je spokojen. Vyšší ekonomické nároky nemá.

Politické a právní vlivy

Uvádí, že se příliš o politiku ČR nezajímá. Ve své zemi také ne, neboť tam již 20 let nežije. Jedenkrát za rok se svojí současnou rodinou navštěvuje matku v Japonsku a rodinu svého bratra, která patří k průměrným japonským rodinám. Japonsko patří mezi ekonomicky stabilní země s vyspělým hospodářstvím.

Znaky péče, důležitost profesionální péče, laická péče o zdraví

Se systémem českého zdravotnictví se setkával až v poslední době, kdy měl menší zdravotní potíže. České zdravotnictví označuje za „chaotický systém“, podle svých zkušeností uvádí, že zdravotníci nemají příliš času na svého klienta. Podle své filosofie východní medicíny preferuje celostní pohled na člověka, který, jak říká, náš systém nerespektuje. V jeho japonské komunitě mají vyspělý systém zdravotnictví. Jeho otec již zemřel, byl nemocný a služby zdravotnictví využíval. Jeho maminka je zdravá, služby zdravotnictví zatím nepotřebuje. Informovanost o zdravotním stavu v Japonsku je mnohem širší a otevřenější ve srovnání se zkušenostmi v českém

zdravotnictví.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 11



Co jste se z předložené kasuistiky naučili ?

Jak to změnilo váš pohled na ošetrovatelské přístupy ?

5.8 Zvyky a tradice mongolského etnika

Obecný přehled:

MONGOLSKO. Země výchovní Asie, hlavním městem Ulaanbaatar. Vlastní jméno *Mongol* znamená „odvážní“. Od roku 1924 bylo Mongolsko komunistickou zemí, nyní buduje Kasuistii. Jedna polovina Mongolů žije na venkově, mnozí jako sezónní kočovní pasteveci. Země je pokryta náhorními plošinami, nejvyšším pohořím – Gobijský Altaj, rozsáhlou pouští Gobi a mezihorskými pánvemi s pastvinami.



Náboženství a víra

V Mongolsku jsou zastoupeny dva hlavní náboženské směry: *Kasuistika* a *šamanismus*.

Kasuistika. Mezi rituály používané Mongoly vyznávajícími *Kasuistika* jsou modlitby ukládané do tzv. mlýnků = jedná se o *modlitební mlýnky*, tyto malé válce se roztáčejí rukou. Lidé věří, že zatočením mlýnku člověk zachovává dobro, které ho postupně vede k osvícení. Západní část Mongolska vykonává své obřady na *ovo*, což je místo, kde sídlí duchové. Věřící jim odevzdávají své dary. Dalším významným směrem je *šamanismus*. Šamanské rituály v Mongolsku se dodržují dodnes. Země měla duchovní náboženská centra, která byla během komunistického režimu z větší části zrušena a dnes jsou opět obnovována. Šamanské rituály se u řady kočovných pastevců dodržovaly i v průběhu minulého režimu a přetrvávají nadále.

Jazyk a komunikace

Úředním jazykem je *mongolština*, užívají se dialekty jižní, západní a východní skupiny mongolských jazyků. Mezi ně patří skupina altajských jazyků, mongolština klasická a chalchská. Chalchská mongolština je úředním jazykem v Mongolsku. Mongolština má své písmo – mongolské písmo, které od roku 1945 bylo upraveno azbukou.

Mongolské kulturní tradice

Hudba byla ovlivněna kulturou Číny, Tibetu a Indie. Lidoví zpěváci a vypravěči nazývaní *Kasuist* zpívají o stepích Mongolska. Tradičními hudebními nástroji jsou bubínky *khetsi*, pastevecké příčné flétny *shudraga*. Mongolské umění bylo ovlivněno iránským a islámským uměním. Světší o tom kupulovité mešity, Kasuist, mausolea, plastiky, knižní malba. Mongolové žijící na venkově, sezónně kočující, bydlí v *jurtách* – okrouhlých stanech z plsti a kůže natažené na dře-

věné kostře. Stavba těchto jurt podléhá speciálním rituálům Mongolů. Pastevci chovají jaky, ovce, kozy, skot, velbloudy a především koně. Mongolsko „bez koní“ není Mongolsko, jak uvádějí domorodci. Je pravděpodobně místem volně žijícího typu koně převalského, který žije volně v přírodě. Mezi národní hry Mongolska patří tradiční koňské dostihy, soutěže v lukostřelbě a zápasení. Zápasník *sumo* se stává hrdinou - *batarem* – pořádaných slavností. Tyto národní hry se většinou pořádají v den národního svátku – *nadamu* – vždy 11. července každého roku. Mongolci dodržují tuto národní tradici, patří k nejlepším jezdcům na koních na světě, jezdit na koních se učí již od dětství.



Jídlo a rituály

Vzhledem k chovu jaků, ovcí, koz, skotu, velbloudů a koní je mongolská kuchyně ovlivněna zpracováním masa těchto zvířat. Mléko se používá koňské. Kasuist dojí koně, což patří na venkovech do každodenního rituálu. Je také zvykem pohostit každého příchozího a podat mu *kobyli mléko*. Vyrábějí tvrdý sýr zvaný *ARUL*, typický pro Mongolsko. Mezi tradiční nápoj patří *Ajrak* vodka, která se nabízí v každé domácnosti a je součástí mongolské pohostinnosti. Tradičním pokrmem je *Kasuis* „špekový vývar“ zaprášený moukou.

Sociální a hospodářsko-ekonomické souvislosti

V zemi je asi 35% obyvatel zaměstnaných v zemědělství. Hlavním odvětvím je chov dobytka, skotu, koní a velbloudů. Pěstují pšenici, oves, zeleninu, píce. Pouze 20% je zaměstnáno v průmyslu. Ostatní se věnují pastevectví. Preferují větší sociální skupiny. Jsou přátelští, rádi se sdružují, společně zpívají, radují se a hostí.

Sport

Lukostřelba, jízda na koních, zápasy patří mezi národní sporty. Jsou zde pořádány nejslavnější dostihy v jízdě na koni bez sedla.





Tradiční rodinná a příbuzenská struktura

Jde o rozšířenou strukturu rodiny typickou pro tuto komunitu. Mongolové preferují velkou rodinu, přibližně společenství 20 lidí, žijí společně, děti neodcházejí brzy z rodin. Při větším počtu dětí jsou zvyklé starší děti starat se o mladší. Při každé rodinné oslavě zpívají a dodržují zvyky pohostinství při setkání. Preferuje se princip souznění s přírodou, respektují se národní svátky, v nichž se vyhlášují hrdinové národních her, které jsou ve dnech svátku uskutečňovány. Rituály jsou dodržovány v rodinách při narození, svatbě i úmrtí. Při úmrtí je na venkovech dodržován tradiční zvyk pochovávat zemřelých, kdy se zemřelý přenesse na nejvyšší kopec v kraji. Mongolové nedělají žádné hroby. Dnes na některých místech tato tradice přetrvává.

Zvyklosti týkající se zdraví

Tradiční zdravotní péče v Mongolsku vychází z přírodní a orientální medicíny. Zdravotní péče je dostupná pouze ve městech, na venkově a v horských oblastech jsou lidé odkázáni na laickou pomoc lidí, kteří vycházejí z lidového léčitelství a pověr předávaných z generaci na generaci. Jsou vyhledáváni léčitelé (šamani), aby poskytli pomoc.

5.8.1 Kasuistika klientky mongolského etnika

Kasuistika:

Paní X. Z., **mongolské národnosti**, ve věku 38 let, vdaná. Byla přijata na porodnicko-gynekologické oddělení s lékařskou diagnózou: Jiné stavy sdružené s ženskými pohlavními orgány a menstruačním cyklem. Trpěla pelviálními. Nyní je 5. den hospitalizována, je 3. den po diagnostické laparoskopii. Žije v České republice, má čtyřčlennou rodinu. Je zaměstnaná, pracuje v textilní firmě jako pomocná šička. V současnosti je 10 let vdaná, společně s manželem vychovává 2 děti, ve věku pět a tři let. S rodinou žije půl roku v České republice.

Operační rány po laparoskopii se hojí per primam, pouze volné krytí, hydroterapie. Fyziologické funkce 3. den po operaci: TT 36,8 st. C, TK 110/60, P 77/min, nekrvácí, stolice pravidelná, peristaltika+, močí spontánně.



Jazyk, komunikace, gesta

Klientka hovoří mongolsky, velmi málo rusky, česky nehovoří téměř vůbec. Snaží se komunikovat pomocí gest a mimiky. Klientka je po celou dobu neklidná, vystrašená. Spolupráce je obtížná pro jazykovou bariéru. Komunikace probíhá omezeně, většinou za pomoci manžela, který klientku navštěvuje.

Způsob odívání, tělesný vzhled

Klientka žije již nějaký čas v České republice, proto se její oblečení neliší od oblečení žen středoevropského stylu. Je drobné štíhlé postavy, asijského typu. S nákupem oblečení nemá problémy. Uvádí, že jí způsob oblékání v této zemi vyhovuje. Navíc je schopna si některé věci na sebe i své děti upravit. Vysoké nároky na svůj oděv nemá. Oblečení má jednoduché, vkusné a čisté.

Všeobecná souvislost života s prostředím

Klientka se snaží adaptovat na způsob života a prostředí České republiky. Uvědomuje si zatím krátké období, kdy žije v jiné kultuře s lidmi jiných životních postojů. Chápe, že tento proces bude dlouhodobý a značně složitý. Sociální prostředí je pro ně nové, ale rychle se s manželem učí, jak říká. Dokonce mají již nějaké přátele, většinou mongolské národnosti, kteří žijí zde.

Způsob života, názor na techniku v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony

V České republice žije rodina klientky obdobný život jako většina Čechů. Oba i s manželem pracují, obě děti navštěvují mateřskou školu. K přístrojovému vybavení, se kterým se setkala při vyšetřeních je klientka nedůvěřivá. V jejím tradičním prostředí, před půl rokem ještě žila na malé vsi v horách a s těmito prostředky se nikdy nesetkala. Vždy ji vyděsí, má strach. Proto je nezbytně nutné vysvětlení před výkony u všech používaných přístrojů a speciálních metod, které ji jsou prováděny.

Způsob života v rodině

Centrem pozornosti klientky je manžel a obě děti. Klientka se snaží své děti vychovávat podobně jako jsou vychovávány děti v typické české rodině. Snaží se jim vytvořit šťastné dětství a trávit s nimi většinu svého volného času. V tradičním prostředí klientky jsou děti nuceny pracovat od raného dětství a vzájemně o sebe pečovat. Mongolská kultura preferuje velké rodiny a děti jsou dlouho v rodině svých rodičů. Po přesídlení do České republiky se život a zvyky její čtyřčlenné rodiny musely radikálně změnit. Oba partneři jsou zaměstnaní a děti začaly navštěvovat mateřskou školu, pro ně je nesnadné začlenění do kolektivu českých dětí, které hovoří česky.



Denní aktivity

Klientka je velmi pracovitá žena. Má celou řadu denních aktivit, kromě svého zaměstnání. Patří mezi ně péče o domácnost, vaření, ruční práce, péče o děti, péče o manžela, vzájemné návštěvy s přáteli a jiné. V nemocnici jsou typické denní aktivity velmi omezené. Klientka není zvyklá „polehávat a nic nedělat“. Již se těší domů.

Stravovací zvyky, tabu

Typickou stravou mongolské kultury je skopové maso, většinou bez přílohy. Někdy je doplněno

speciálními plackami. Dále je to mléko koňské, mongolský sýr, maso. Jsou navyklí jíst velmi skromně. Na některé druhy zdejší stravy si klientka i celá její rodina zvykla velmi snadno a rychle. Milují naše ovoce a zeleninu, kterých měli v Mongolsku nedostatek. Naopak se zde ne naučili jíst bílé pečivo a české knedlíky.

Světový názor

Nemá vyhraněný světový názor. O této otázce nikdy nepřemýšlela, neumí na ni odpovědět. Chce jen, aby její rodina i přátelé mohli žít spokojený život bez nemocí a násilí. Aby její děti neměly hlad, bídu a žily šťastně.

Náboženská a duchovní víra, hodnoty

Klientka vyznává tibetský buddhismus. Největšími hodnotami jejího života je její rodina a péče o ni. Víra ji pomáhá zvládnout těžké životní chvíle.

Sociální vztahy k vlastní kultuře

Na svoji kulturu a národnost je hrdá a pyšná. V místě současného bydliště se stýká s přáteli své národnosti, české přátele zatím nemá. Mongolů žije v jejím prostředí asi 30 a stýkají se téměř denně. K majoritě má klientka dobrý vztah. Necítí žádné projevy rasové nesnášenlivosti.

Hodnota vzdělání

Klientka je gramotná, což v její tradiční kultuře není samozřejmostí. Má základní vzdělání. Pro většinu mongolských žen je vyšší vzdělání téměř nedostupné. Pro klientku samotnou není její základní vzdělání žádný handicap ani problém. Byla by však ráda, kdyby její děti měly možnost studovat.



Ekonomické faktory

V Mongolsku žila klientka a její rodina za velmi těžkých a složitých podmínek, byli velmi chudí. V České republice se jim daří lépe, přesto se snaží žít skromně. Oba dva mají zaměstnání. Finanční prostředky jsou pro ni nutné pouze k zajištění základních životních potřeb. Klientka nemá potřebu být nadprůměrně finančně zajištěná.

Politické poměry

Mongolsko je neustále pod silným vlivem Ruska a Číny. Komunistický režim, ve vyrůstala neodsuzuje. V její zemi přetrvává, přestože Mongolsko nyní buduje demokratickou společnost. Klientka udává, že ona sama se o politiku nezajímá ani mongolskou, ani českou.

Laická péče o zdraví

Pro předchozí mongolskou kulturu klientky je velmi typická laická péče o zdraví. Hlavně v místech, kde ona žila. Lidé v horách si museli umět pomoci. I když je zdravotnictví v Mongolsku bezplatné, je na špatné úrovni. Kvalitní zdravotnická péče je dostupná pouze vyšším vrstvám obyvatelstva. Laická péče je založena zejména na přírodní a východní medicíně, na tradicích a pověrách předávaných z generace na generaci.

Důležitost profesionální péče

Profesionální péči klientka vyhledává pouze v nejnutnějším případě. Potom ji dokáže náležitě ocenit. Prozatím její rodina naši zdravotní péči příliš nepotřebovala.

Znaky péče

Klientka má zabezpečenou zdravotní péči v České republice, zajistila si smluvní pojištění s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Ekonomické zázemí klientka označuje jako uspokojivé. Rozhodně se jí zde daří mnohem lépe než v Mongolsku. Ošetrovatelská péče je komplikovaná zejména jazykovou bariérou a následně omezenou komunikací. Neméně závažným problémem je odlišnost stravování, neznámé přístroje, stud klientky, pobyt na velkém pokoji, společné sociální zařízení, ošetřující lékař-muž, možnost pouze omezeného kontaktu s rodinou, omezené návštěvy dětí (do 10 let jsou zakázány). Velice nutné pro zkvalitnění péče o klientku je seznámení ošetrovatelského personálu s tradiční kulturou klientky.

Způsob informovanosti

V rámci možností je klientka informovaná o svém zdravotním stavu i další péči o sebe. Jazyková bariéra je problémem. Proto je kontaktován manžel, který hovoří lámanou češtinou a částečně rusky. Předávání informací probíhá zejména díky pomoci manžela.

Objektivní pozorování:

Klientka je po celou dobu neklidná, vystrašená. Spolupráce s ní je obtížná pro jazykovou bariéru. Hovoří pouze mongolsky a velmi špatně rusky. Komunikace probíhá omezeně, za pomoci manžela, který klientku denně navštěvuje. Klientka sama komunikuje pomocí gest a mimiky.



Další získané informace:

Pro klientku je velmi důležitá péče o manžela a děti, po kterých se jí velice stýská. Ona sama není zvyklá být centrem pozornosti. Její chování je typickým příkladem chování mongolské ženy. Muž je zde „pánem“ rodiny. Žena se stará o domácnost a o děti. Po imigraci do České republiky se rodinné poměry mění, avšak její myšlení zůstává téměř beze změn. Klientka je věřící, vyznává „TIBETSKÝ BUDHISMUS“, jehož jednou z filosofí je víra v reinkarnaci. „Člověk prožívá celou řadu životů a musí trpět za hříchy životů minulých“ jak sama uvádí. Víra ji v její zemi pomáhala přežít. Tradiční zdravotní péče se v Mongolsku obrací zejména k přírodní a orientální medicíně. Profesionální zdravotní systém v České republice klientka využívá pouze v nejnutnějším případě. Prozatím ho přijímá nedůvěřivě.

Názory klientky na to, co viděla, slyšela, prožila ve zdravotnickém zařízení:

Vzhledem k původu a výchově klientky jsou její názory na ošetrovatelskou nemocniční péči smíšené či spíše záporné. Velkou překážkou je jazyková bariéra. Většina personálu se tento problém nesnaží ani registrovat, natož řešit. S velkým nepochopením se setkáváme zejména ze strany lékařského personálu. Přitom komunikace je neméně důležitá i pro všechny zdravotníky. Je nutná ke zvládnutí zdravotních problémů klientky.

Dalším problémem klientky je stravování v nemocničním zařízení, které je značně odlišné od tradičních pokrmů klientky. Přivítala by alespoň částečnou úpravu stravy v rámci dietního omezení.

Klientka má špatné zkušenosti s přístupem personálu k jejímu soukromí a intimitě. Byla vychovaná velice konzervativně. Uvítala by menší pokoj (1-2 klientky) a péči ženy-lékařky.

Současně však klientka uznává, že i když je zdravotní péče značně odlišná od její tradiční, je na

vysoké úrovni. Je si vědoma, že některé problémy jsou úzce spjaty s její kulturní odlišností. Po zdravotní stránce se klientka cítí lépe.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 12



Co jste se z předložené kasuistiky naučili ?

Jak to změnilo váš pohled na ošetrovatelské přístupy ?

DALŠÍ ZDROJE



ARCHALOUSOVÁ, A.: Tradice a zvyky asijských komunit žijících v České republice. In: *KOLEKTIV: Implementace multikulturální variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi. Podpora multikulturálního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů.* Opava: FPF, 2007. ISBN 978-80-7248-005-0 s.119 - 147



DALŠÍ ZDROJE



KOLEKTIV: *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi. Podpora multikulturálního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání.* Ostrava : Repronis , 2003. S. 264. ISBN 80-7072-349-8

KOLEKTIV: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/ multikulturální odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturálního přístupu do výuky ošetrovatelství.* Ostrava: Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-87
Zdravotnická ročenka České republiky 2001, ÚZIS ČR, 2002, ISSN 1210-9991. ISBN 80-7280-159-7

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY: *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2003.* Aktuální informace č.10/2004. Praha 2004

SEZNAM POUŽITÝCH ZNAČEK, SYMBOLŮ A ZKRATEK

INFORMATIVNÍ, NAVIGAČNÍ, ORIENTAČNÍ



Průvodce studiem



Průvodce textem, podnět, otázka, úkol



Shrnutí



Tutoriál



Čas potřebný k prostudování



Nezapomeň na odměnu a odpočinek

KE SPLNĚNÍ, KONTROLNÍ, PRACOVNÍ



Kontrolní otázka



Samostatný úkol



Test a otázka



Řešení a odpovědi, návody



Korespondenční úkoly

VÝKLADOVÉ



K zapamatování



Řešený příklad



Definice



Věta

NÁMĚTY K ZAMYŠLENÍ, MYŠLENKOVÉ, PRO DALŠÍ STUDIUM



Úkol k zamyšlení



Část pro zájemce



Další zdroje