

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

**JAK VNÍMAJÍ MINORITY ŽIVOTNÍ ETAPY STÁŘÍ A SMRTI**

(Diplomová práce)

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Valérie TÓTHOVÁ, Ph.D., R.N.

Autor práce:

Bc. Adéla Holubová, R.S.

2007

## **Abstrakt**

The diploma thesis on theme: „How minoritas perceive life periods of old age and death.“

From year to year, the migration of peoples is on the increase. Within the context of the Czech Republic, it is possible to discern an increasing diversity in nationalities, cultures and ethnicities. Of the most numerous minority groups to be found on Czech territory are the Romany and Vietnamese ethnicities.

The influences of culture upon individual behaviours in health and illness is very marked. Culture has a great impact not only on lifestyle, but also on medical care. Medical staff should be conscious of the differing behaviours exhibited by members of specific nationalities and ethnicities.

The goal of the present work is to determine the specifics of the provision of medical care in the Asian and Romany minorities at the stage of old age and the accompaniment to a peaceful death. It consists of recognising the traditional method of care among individuals from the relevant cultures and their positive use in professional care provision.

Data collection was performed through the use of qualitative research based on the method of structured conversations in the Asian and Romany communities. The target of the survey is directed towards the completion of theoretic knowledge concerning the given cultures in their relation to old age, the achievement of a peaceful death, and the methods for care of the individual within the two cultures. Five research questions were set, which were answered in the research outcome. On the basis of these results, the hypotheses were then proposed.

The results of the research and the diploma work itself can have practical application in the improvement and refinement of provided medical care, the education of nurses on the given theme, the presentation of results in scholarly and student conferences, as well as for publication in professional journals.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Jak vnímají minority životní etapy stáří a smrti“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 26.5.2007

Bc. Adéla Holubová, R.S.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji paní doc. PhDr. Valérie TÓTHOVÁ, Ph.D., R.N. za zpětnou vazbu při shromažďování informací, za četné připomínky a především za celkové vedení mé práce.

Chtěla bych také poděkovat všem, kteří věnovali svůj čas a zúčastnili se výzkumu.

V neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi po celou dobu studia poskytovali.

Bc. Adéla Holubová, R.S.

## Obsah

<b>1. Současný stav.....</b>	<b>6</b>
1.1 Základní pojmy a problémy.....	7
1.1.1 Komunita.....	7
1.1.2 Etnikum, etnicita, etnické vědomí.....	7
1.1.3 Národ, národnost, národnostní menšina .....	8
1.1.4 Rasy, rasismus, xenofobie .....	9
1.1.5 Kultura, akulturace, asimilace .....	9
1.1.6 Stereotypy a předsudky.....	10
1.1.7 Kulturní šok .....	10
1.1.8. Stáří.....	11
1.1.9. Smrt.....	12
1.1.9.1 Schéma průběhu infaustního onemocnění.....	12
1.1.9.2 Péče o umírající pacienty.....	14
1.2 Transkulturní ošetrovatelství.....	14
1.2.1 Multikulturní nebo transkulturní.....	15
1.2.2 Kultury, multikultury a migrace.....	15
1.2.3 Stručný historický vývoj transkulturního ošetrovatelství.....	16
1.2.4 Definice, podstata a cíl transkulturního ošetrovatelství.....	17
1.2.5 Sběr informací v transkulturním ošetrovatelství.....	18
1.2.6 Koncepční model „vycházejícího slunce“ podle M. Leiningerové.....	19
1.2.7 Model Gigerové a Davidhizarové.....	23
1.2.8 Blochův původce etnicko-kulturním posuzováním.....	24
1.3. Vietnamci v České republice.....	25
1.3.1 Navázání oficiálních styků a příchod Vietnamců do České republiky.....	25
1.3.2 Vietnamci v ČR – současnost.....	26
1.4 Základní informace o Vietnamu.....	27
1.4.1 Oficiální název státu.....	27
1.4.2 Demografické údaje.....	27

1.4.3 Národnosti.....	27
1.4.4 Náboženství.....	28
1.4.5 Vietnamští buddhističtí mniši.....	29
1.5 Vyšší potřeby v ošetrovatelské péči o Vietnamskou minoritu.....	30
1.5.1 Význam rodiny a rodinných vztahů pro jedince ve Vietnamské minoritě.....	30
1.5.2 Místo náboženství v životě jedince.....	31
1.5.3. Hodnoty.....	32
1.5.4 Teritorialita a osobní prostor.....	33
1.6 Jak vnímá vietnamská kultura zdraví a nemoc.....	34
1.7 Jak vnímá vietnamská kultura stáří.....	34
1.8 Jak vnímá vietnamská kultura akt smrti.....	35
1.8.1 Pohřební rituály.....	36
1.8.1.1 Hinduismus.....	36
1.8.1.2 Křesťanské pohřby.....	37
1.8.2 Reinkarnace.....	38
1.9 Multikulturní přístup při ošetrování příslušníků vietnamské komunity.....	39
1.9.1 Interakce s pacientem klientem vietnamského původu.....	39
1.9.2 Odlišnosti komunikace vietnamské komunity.....	39
1.10 Rodinné ošetrovatelství, rodinná sestra a vietnamská komunita.....	41
1.11 Romové v ČR.....	42
1.11.1 Stručný přehled dějin Romů.....	42
1.11.2 Příklad Romů do Evropy.....	44
1.11.3 Cikáni nebo Romové?.....	44
1.11.4 Manželství.....	45
1.11.5 Rodina.....	45
1.11.6 Komunikace.....	47
1.11.7 Vzdělání.....	47
1.11.8 Jak vnímá romská kultura zdraví a nemoc.....	48
1.11.9 Jak vnímá romská kultura stáří.....	49
1.11.10 Jak vnímá romská kultura akt smrti.....	49

1.12 Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče.....	50
1.12.1 Etika, etické teorie.....	50
1.12.2 Práva pacientů.....	51
1.12.3 Mezinárodní kodex sester.....	52
1.12.4 Etické normy v ošetřovatelství.....	53
1.12.5 Mravní kultura osobnosti.....	54
1.12.6 Zásady multikulturní/transkulturní ošetřovatelské péče z etnického hlediska.....	54
1.12.7 Složky kulturního hodnocení z etického hlediska.....	55
1.13 Komunikace.....	56
1.13.1 Zásady při komunikaci s klienty z jiných kultur.....	59
1.13.2 Multijazykové, komunikační karty.....	59
1.13.3 Komunikace s cizincem přes tlumočnicka.....	60
1.14 Strasti poskytování kvalitní multikulturní péče.....	60
1.14.1 Pravidla pro jednání s příslušníky menšin.....	61
1.14.2 Mýty a nepravdy v péči o pacienty jiných etnik a kultur.....	62
1.14.3 Rady pro péči o pacienty/klienty jiných etnik a kultur.....	62
1.14.4 Poznat a respektovat.....	63
1.15, „Pomoc přátelům – 2005“.....	63
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky.....</b>	<b>65</b>
2.1 Cíle práce.....	65
2.2 Výzkumné otázky.....	65
<b>3. Metodika.....</b>	<b>66</b>
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	66
3.2 Charakteristika výzkumných souborů.....	67
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>68</b>
4.1 Rozhovor A souboru A - rozhovor s Romskou komunitou.....	68
4.2 Rozhovor B souboru B - rozhovor s Vietnamskou komunitou.....	89

<b>5. Diskuze.....</b>	<b>112</b>
5.1 Diskuze k rozhovorům A výzkumného souboru A – Romská komunita.....	112
5.2 Diskuze k rozhovorům B výzkumného souboru B – Vietnamská komunita.....	115
<b>6. Závěr.....</b>	<b>119</b>
<b>7. Seznam použité literatury.....</b>	<b>121</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>130</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>131</b>
Seznam zkratk.....	132



## Úvod

Migrace lidí se každý rok zvyšuje. V ČR stále stoupá různorodost národností, kultur a etnik. Vliv kultury na chování jedince nejen ve zdraví a nemoci je velmi značný. Kultura má velký vliv na životní styl, ale i na ošetrovatelskou péči. Domnívám se, že si tento fakt mnoho zdravotníků neuvědomuje. Zdravotnický personál by si měl být vědom odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik. (autorka)

Multikulturní pohledy na různé aspekty života se v současnosti stávají běžnou a nepostradatelnou nutností demokratické společnosti. Společensko politické změny, které u nás nastaly po roce 1989, vyžadují kromě jiného i to, aby byl zdravotnický personál připraven na intenzivní kontakt s příslušníky jiných států, národů a etnik – jiných kultur. Pro sestry to znamená, že by měly umět poskytovat takovou ošetrovatelskou péči, která bude v souladu s pacientovými kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami. Vzhledem k vysokému počtu cizinců, žijících v České republice a jejich etnické různorodosti je nutné, aby sestry měly základní vědomosti o minoritách, se kterými se mohou nejčastěji setkat při vykonávání svého zaměstnání. (67)

Z pohledu transkulturní interakce vyžadují zvýšenou pozornost zejména příslušníci těch etnických skupin, které pocházejí z výrazně odlišného kulturního neevropského prostředí. V České republice právě takovou skupinu tvoří Vietnamci, kteří jsou třetí nejpočetnější národností menšinou. (8)

Téma „Jak vnímají minority životní etapy stáří a smrti“, ve kterém se budu specializovat na vietnamskou a romskou kulturu jsem si zvolila, jelikož tyto dvě minority žijí vedle nás již několik desítek let a my o nich víme velice málo. V rámci mé odborné praxe jsem se setkala s několika vietnamskými a romskými pacienty a uvědomila jsem si, že poskytování ošetrovatelské péče této minoritě se v mnohém liší od evropského standardu. Vyžaduje multikulturní přístup a pochopení pro odlišnost jejich kultury. Tato problematika mě zaujala natolik, že jsem si vybrala právě toto téma pro diplomovou práci.

## 1. Současný stav

### Motto

*„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství.“*

*Madeleine Leiningerová (38)*

Evropská porada WHO o právech pacientů schválila při setkání v Amsterdamu ve dnech 28. – 30. března 1994 dokument **Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec**. Jedná se o soubor zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v členských státech EU. Na několika místech je zde zmíněn požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. (30)

Podmínky v jednotlivých zemích jsou různé, ale je zde i určitý společný přístup v každé zemi. Na několika místech je zdůrazněno, že při poskytování zdravotnické péče musíme respektovat kulturu pacienta. Například v úvodním dílu 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. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci.“ 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 žebříčku hodnot.“ (30)

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 na občanství - je třeba odstranit. V některých případech může nastat potřeba modifikovat zdravotní péči tak, aby pokryla potřeby určité skupiny imigrantů nebo etnické menšiny. (15)

Zdravotnická péče poskytována cizincům i migrantům je sice v ČR regulována speciálními zákony, jež musí zdravotníci znát a v praxi dodržovat, ale v běžné každodenní praxi se vyskytují specifické situace, které tyto zákonné normy neřeší a neupozorňují na ně a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů, sporů i žalob. Jedná se např. o některé specifické kulturní požadavky či rituální praktiky, na které naši zdravotníci nejsou připraveni. (30)

### **1.1 Základní pojmy a problémy**

Tato kapitola seznamuje se základními pojmy užívanými v souvislosti s multikulturní či transkulturní problematikou. Některé termíny jsou veřejností vnímány nepřesně nebo vágně, a proto je nezbytné vysvětlit jejich význam i základní rozdíly. (17). Dále jsou vysvětleny pojmy stáří a smrt.

#### **1.1.1 Komunita**

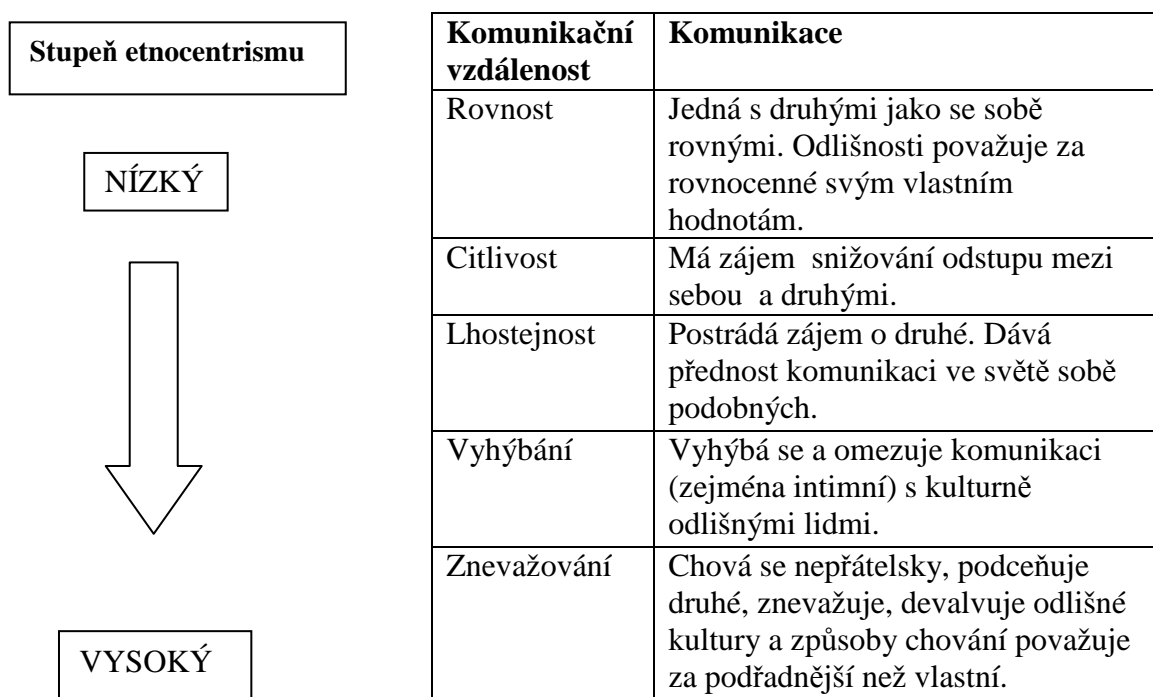
Termín komunita je mnohoznačný a má různé významy. V prvním případě je komunita chápána jako teritoriální komunita. Komunita v tomto smyslu označuje lidi, kteří žijí na společném území. Velikost území přitom není rozhodující. Může se jednat o lokalitu. V druhém případě je v centru pozornosti sociálních pracovníků zájmová komunita. V tomto případě se komunitou rozumí skupina lidí, kteří mají společné zájmy. (43)

#### **1.1.2 Etnikum, etnicita, etnické vědomí**

Výraz „etnikum“ pochází z antické řečtiny, v níž ethos znamenal „kmen, národ“.

- *Etnikum* - synonymum: etnická skupina, je skupina lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu.
- *Etnicita* – je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společném původu, působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu.
- *Etnická příslušnost* – je sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity.

- *Etnické vědomí* – je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu. Jako forma společenského vědomí je souhrnem názorů na původ, etnický prostor (vlast), historické osudy, postavení, úlohu a povahu vlastního etnika a na jeho místo mezi ostatními etniky. (51)
- *Etnocentrismus* – je jedním z problémů, které brání kulturnímu uvědomění a citlivosti. Znamená „tendenci vidět druhé a jejich chování skrze vlastní kulturní filtry, často jako zkreslení našeho vlastního chování. Je to snaha přihlížet na uznávané hodnoty a přesvědčení vlastní kultury pozitivněji než na tytéž součásti cizích kultur. (63)



**Obr.1** *Etnocentrismus* (63)

### 1.1.3 *Národ, národnost, národnostní menšina*

S pojmem „národ“ a s termíny od něj odvozenými jsou spjaty velké nesnáze. Ve skutečnosti pro vymezení národa neexistují žádná pevná jednotná kritéria,

rozhodující je akt vůle určité pospolitosti být národem a svobodné rozhodnutí jednotlivce přihlásit se k určitému národu a sdílet jeho osud.

- *Národ* – je osobité a uvědomělé kulturní společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území.
- *Národnost* – je příslušnost k určitému národu a je v současném světě chápána ve dvojím smyslu pojmu národ.
- *Národnostní menšina* - výraz „národnostní menšiny“ bývá využíván k tomu, aby bylo možno zařadit pod jeden stručný termín všechny typy a kategorie etnických společenství s výjimkou státních národů na vlastní teritorium. (51)

#### **1.1.4 Rasy, rasismus, xenofobie**

- *Rasy* – jsou velké skupiny lidí s podobnými tělesnými znaky, které jsou dědičné, vytvořily se vlivem životního prostředí a vznikly v původně v určitých geografických teritoriích: europidní plemeno v Evropě a na Blízkém východě, negroidní plemeno v Africe, mongoloidní plemeno v Asii.
- *Rasismus* – je souhrnné označení pro takové jednání, které potlačuje vnímání rasových odlišností a přetváří se na nepřátelské aktivity vůči příslušníkům jiné rasy, jež se projevují v diskriminaci, v agresivním chování (verbálním nebo fyzickém). (51)
- *Xenofobie* – strach z toho, kdo přichází z ciziny, z cizího prostředí, mimo vlastní sociální útvar. (61)

#### **1.1.5 Kultura, akulturace, asimilace**

- *Kultura* – je celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím.
- *Akulturalizace* – je sociální proces, v němž dochází ke kulturním změnám trvalým stykem dvou nebo více kultur.

- *Asimilace* – je postupné včlenění jednotlivého etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní, přejímané z jiné kultury. (51)

#### **1.1.6 *Stereotypy a předsudky***

- *Stereotypy a předsudky* – mají stejnou psychologickou podstatu. Jsou to představy, názory a postoje, které určití jedinci či skupiny osob zaujímají k jiným skupinám nebo k sobě samým. (50)

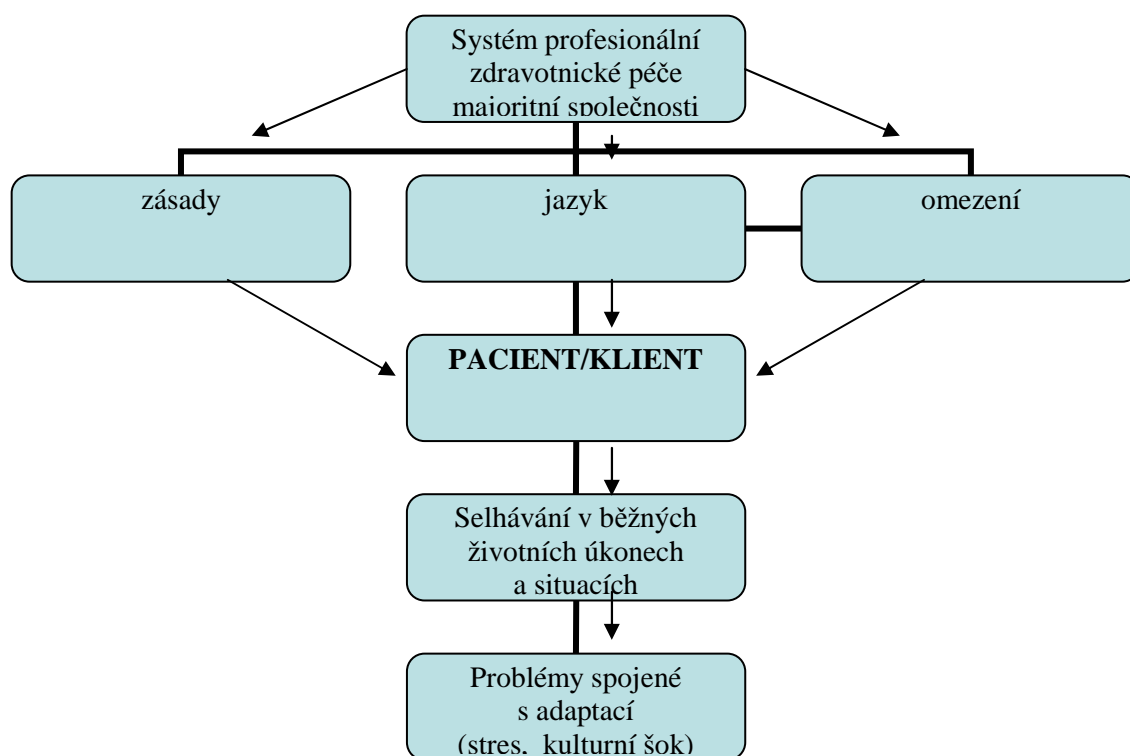
#### **1.1.7 *Kulturní šok***

Z velké části náš způsob života, názory na život a svět, který nás obklopuje pochází z kulturního dědictví. Kulturní přístupy, víry, přesvědčení a tradice jsou hluboce zakořeněny v každém z nás a mohou ovlivnit všechny aspekty naší budoucnosti a života včetně našeho postoje ke zdraví a nemoci.

„Kulturní šok“ je vzrušující psychologický fenomén, který může mít přechodný, ale devastující vliv na jedince, pokud se přestěhuje do nového prostředí. Pro „kulturní šok“ je charakteristická dezorientace a zmatek, které vznikají kdykoli osoba opustí známou zemi, oblast, životní styl nebo zaměstnání a vstupuje do prostředí, kde oblečení, zvyky a víra jsou radikálně odlišné. (37)

Zdravotníci by si měli uvědomovat, že systém profesionální zdravotnické péče představuje subkulturu, která má svá pravidla, zvyky i svůj jazyk a je vždy obrazem kultury majoritní společnosti.

Lidé (pacienti) z výrazně odlišných kultur mohou prožívat situace, ve kterých jejich navyklé způsoby chování opakovaně selhávají a oni nejsou schopni řešit ani běžné denní problémy spojené s péčí o sebe. V takových situacích mohou být dezorientováni, frustrováni mohou nepříjemně prožívat závislost na pečující osobě, mohou se cítit ohrožení, prožívat kulturní šok. (63)



**Obr. 2** – Vznik kulturního šoku v souvislosti se zdravotnickou péčí (63)

### 1.1.8 Stáří

Péče o staré lidi je v lecčems specifická a o velmi staré a dlouhodobě nemocné, i svízelná. Přináší obtíže a mnohdy nebezpečí pacientům a neuspokojenost zdravotníkům.

Stáří je označením obtížně definovatelných a nepřesně vymezených pozdních fází geneticky vyměřovaného trvání života. Valné shromáždění OSN v roce 1978 rozhodlo svolat Světové shromáždění o stárnutí a stáří, které se posléze uskutečnilo 26.7. – 6.8.1982 ve Vídni a které přijalo Mezinárodní akční program (International plan of action on aging). Kromě řady doporučení, týkající se konkrétních oblastí života společnosti, v něm bylo postulováno, že :

- Stáří je završení lidského života a staří lidé svými zkušenosti, retrospektivním hodnocením životních událostí i prezentací průběhu života nenahraditelně rozvíjejí a obohacují lidské společenství.

- Stáří je spokojeno se specifickými potřebami a zvláště pokročilé stáří i s omezeními. (19)

### **1.1.9 Smrt**

Smrt z lékařského hlediska je to stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání a zánik center řídících krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u kterého vymizí známky života a jeho funkce. (70)

Dříve byla smrt rodinnou záležitostí, stejně jako zrození. Lidé prožívali lítost nad úmrtím blízkého člověka, ale s posledním vydechnutím byli v jeho společnosti. Smrt chápali jako přirozenou a nezbytnou součást života. Ve 20. století se stala záležitostí, která se děla jen za zdmi nemocnic, za přítomnosti lékařů, zdravotních sester a také různých oživovacích přístrojů. Po těchto zkušenostech společnost pochopila, že odtržení od rodinného zázemí, prostředí domova a za přítomnosti cizích lidí není v tak těžké situaci nic příjemného. Lidé by se rádi vrátili ke starým zvykům, umírali mezi svými, ale... (47)

#### **1.1.9.1 Schéma průběhu infausního onemocnění**

- I. fáze nebo stádium *šoku* při příchodu choroby, kdy se pacient téměř nevěřícně ptá, proč onemocněl, proč zrovna teď, proč se to muselo stát právě jemu atd. Pacient se bojí bolesti, délky choroby, má strach z nenávratných ztrát, popřípadě se bojí i o život. Většina autorů, kteří se tímto stádiem prožívání onemocnění zabývali vymezuje toto stádium jako relativně krátkou dobu, které obvykle rychle přerůstá do:
  - II. stádium *popření* faktu nemoci s tím, že jde:
    - možná o chybu v laboratorních výsledcích,
    - omyl ve jménu.

Někdy se pacient brání sdělení informací o nutné léčbě s tím, že to není tak vážné, nic mu není, zvláště není-li choroba provázena výraznými symptomy,

- III. stádium, ve kterém pacient reaguje často *stažení se do izolace*. Po této fázi přichází:



- IV. stádium *zloby* a *hněvu*, ne zřídka na všechny a na všechno. Pacienti reagují často na jakékoliv podměty zlobnou kritikou. Toto období je velmi náročné jak pro rodinné, tak zejména nemocniční prostředí. Nemocný jedinec prožívá vnitřní krizi z vyřazenosti ze „zdravého“ či dokonce pouze „méně nemocného“ sociálního okolí, cítí se ukřivděný vůči „těm zdravým“ a dává to tomuto okolí patřičně znát. V takových situacích je zejména na zdravotním personálu, aby se nenechal strhnout k jakýmkoli reakcím emotivním a neprofesionálním, aby lékař nebo setra nevztáhli výpady pacienta na svou vlastní osobu,
- V. Následující období je ve znamení *smlouvání* většinou tím závažnější, čím je životu nebezpečnější dané onemocnění. Pacient si život „termínuje“ splněním některých životních cílů podle vlastní hierarchie hodnot – chce se dočkat promoce syna, vdavek dcery, narození vnoučete, vánočních svátků,
- VI. Období *deprese*, které následuje, může být tím nebezpečnější, čím je pro sociální okolí a někdy i zdravotnický personál nenápadnější. Přirozeně – depresivní pacient může, sražen do vlastního prožitku, uniknout tak nutnému a potřebnému zájmu zdravotníků i rodinných příslušníků svou nenáročností k okolí a potřebám, pasivitou (která může být jen vnějším zdáním). Absenci předchozí kritiky, zloby a afektivních reakcí si pak okolí může nesprávně vysvětlit a hodnotit stav jako zklidnění pacienta, jako vyrovnání s chorobou. Toto stádium můžeme proto často chybně zaměnit za poslední fázi:
- VII. *Akceptace a přijetí pravdy*. Kübler – Rossová považuje za převažující stav po období akceptace a přijetí pravdy, i období *důstojného klidu* nad *rezignací* či *zoufalstvím*.

Mimo vlastní osobnost nemocného pak záleží rovněž na vzdělání a profesionalitě zdravotního personálu, aby pacientovi pomohli překonat pro něj zvláště obtížně zdatelná stadia prožívání onemocnění, tím spíše, že (jak toto období definuje prof. Pacovský) „dominantním znakem moderní medicíny je její humanitní charakter a služba nemocnému člověku“. (71)

### ***1.1.9.2 Péče o umírající pacienty***

Péče o umírající pacienty je pro zdravotnický personál velmi náročným úkolem a lze ji rozdělit na:

1. *Péči zdravotní* – jedná se o fyzické potřeby.
2. *Péči psychologickou* – jež má zajistit respektování lidské důstojnosti, posílení pocitu bezpečí, verbální i neverbální komunikaci.
3. *Péči sociální* – jež by měla zahrnovat především silnou oporu v rodině, mezi blízkými, tedy doprovázení těmi nejbližšími lidmi.
4. *Péči spirituální* – měla by být prostá jakéhokoliv dogmatismu, nejde o přesvědčování, ale o doprovázení, je cestou na hloubi k samé podstatě smyslu života a smrti. (18)

Sestra se snaží přinést nemocnému především prostou lidskou účast a útěchu v utrpení. Pokouší se vstupovat do rovnocenného přátelského vztahu s nemocným, pečlivě mu naslouchá, umožní mu uvolnit vnitřní napětí a dovolí mu vyjádřit pocity obav, strachu nebo hněvu. Pomáhá nemocnému vyrovnat se pochybnostmi hledá s ním odpovědi na zásadní otázky o životě a smrti. Pokouší se mu přinést naději, ale ne pouze lacině optimistickou, ale naději založenou na víře, že Bůh je v jeho utrpení s ním. Nemocný potřebuje člověka naslouchajícího, chápajícího. Pokud stojí nemocný o duchovní pomoc, hovoří s ním o víře a o jeho pocitech. (29)

*„Zde je země živých  
a země mrtvých  
a most mezi nimi tvoří láska.  
To jediné co zůstává, jediný smysl! „  
Thorton Wilder (73)*

### ***1.2 Transkulturní ošetřovatelství***

Globalizace vede ke vzniku multikulturní společnosti. Multikultura vyžaduje transkulturní chápání společnosti, skupiny a jednotlivců, což znamená průnik jednotlivými kulturami. Profesionální činnost, která je zaměřena na péči, pomoc,

ochranu a podporu jedinců a skupin s různou kulturou, předpokládá rozpoznání problémů vztahujících se k multikulturalitě. Ošetřovatelství má specifické postavení v multikulturální péči. (11)

Multikulturální výchova vyjadřuje snahy vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod. (38)

### ***1.2.1 Multikulturální nebo transkulturální***

Oba termíny se dříve používaly (a dodnes často používají) ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Mají však své specifické významové niance. Užívání těchto pojmů ovlivňuje vývoj koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde je podíl cizinců v populaci vysoký. Nejprve byla v těchto společnostech snaha o asimilaci migrantů, tyto snahy se však ukázaly za málo efektivní a přijala se koncepce multikulturalismu (60 – 70. léta 20. století). Už zhruba 20 let se ale ukazuje, že multikulturalismus, který chápe kulturu jako homogenní, ohraničený celek, a také tendence chápat její nositele za těžko adaptovatelné entity fungující na mechanistických principech jsou nepoužitelné a zavádějící. V 80. letech se dospělo ke zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců. Moderní pluralitní společnosti ale potřebují sociální a ekonomickou integraci migrantů, čemuž nejlépe vyhovuje koncepce transkulturalismu. Pro tento koncept je totiž příznačné, že staví do centra pozornosti nikoli kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami. (30)

### ***1.2.2 Kultura, multikultura a migrace***

Kultura je komplexní celek, který zahrnuje poznatky, víru, umění, morální zásady, schopnosti a návyky vlastní lidem jako členům určité národní společnosti. Jde o souhrn materiálních a duchovních hodnot tvořených v průběhu vývoje lidské společnosti, způsobu jejich osvojení, vytváření uchovávání a rozvíjení. Existuje více definic pojmu kultura. Při charakterizování a popisování kultury se většinou vychází

ze způsobu života a vnímání světa nositelů příslušné kultury. Pole tohoto výkladu způsobu života a vnímání světa sleduje určitou bázi reálného světa, ve kterém člověk žije, socializuje se a kterou sám považuje za vlastní. Nositel kultury přijímá tyto normy ve formě názorů, chování, konání a kolektivního způsobu života. Z pravidla jde o normy, které platí v příslušné kultuře a jsou posilněné tradicemi a často i náboženstvím.

Společnosti, ve kterých vznikla multikultura způsobena migrací jednotlivců a skupin z jiných kultur, má-li tendenci asimilovat příslušníky těchto kultur a poskytnutí je integrovat s majoritní společností. Migranti jsou osoby přicházející do cizí země v úmyslu v této zemi zůstat. Migrace je stěhování, pohyb, přemísťování, přesídlování jednotlivců a skupin. Může být pracovní, může jít o následování manžela, rodiny, ilegální pobyt, azyl a jiné. Migrace vytváří specifické podmínky v péči o zdraví. Migranti bývají konfrontováni s novými formami chorob. Jde o tělesné, ale i psychické a sociální problémy. Velmi často dochází k ohrožování zdravotního stavu lidí, kteří mají odlišné zvyky jako většinová společnost, žijící v jiných sociálních strukturách a jsou vystaveni jiným požadavkům na skupinovou konformitu, jako jsou zvyklí členové majoritní společnosti.

Občanské hnutí multikulturního spolužití nestaví do popření kulturní, náboženské nebo etnické aspekty. Za důležité se považuje sociální a ekonomická integrace, dostupnost vzdělání a zdravotní péče. (11)

### ***1.2.3 Stručný historický vývoj transkulturního ošetřovatelství***

Historický vývoj transkulturního ošetřovatelství jakožto samostatného oboru je otázkou uplynulých padesáti let. Při rodu tohoto oboru stála M. Leiningerová. (38)

Kromě ní se rozvojem teorie oboru zabývá řada dalších teoretiků. Leiningerová nazvala svou teorii teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetřovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetřovatelství. (64)

Motivem ke zrodu nového oboru bylo pro Leiningerovou vědomí, že v péči schází jedna podstatná dimenze. Konkrétně se zprvu jednalo o péči o dětské pacienty,

kteří měli různý původ a výchovu, a tedy i různé postoje k lékům, různý spánkový režim a oblíbená jídla, různé hry a zábavy. Zdrojem mnoha podnětů pro transkulturní ošetrovatelství se zprvu stala antropologie (kulturní a sociální). Postupně byly přejaty některé koncepce, ale s vědomím, že ošetrovatelství musí být zaměřeno prakticky a plnit svou činnou úlohu ve společnosti. Leiningerová začala připravovat učební texty a podnítila zájem dalších sester o nový obor a o opomíjené kulturní skupiny. (38)

V polovině 70. let předložila svůj „transkulturní model zdraví“, který byl později ještě rozšířen. Svůj model „vycházejícího slunce“ popsala Leiningerová poprvé v roce 1984. (2)

V roce 1974 byla založena Společnost pro transkulturní ošetrovatelství, s ústředním mottem „Mnoho kultur – jeden svět“. Od roku 1989 začala tato společnost udělovat certifikáty sestřám, které byly připraveny kvalitně a ohleduplně poskytovat kulturně senzitivní péči klientům z různých prostředí. Nejen v ošetrovatelství, ale i v medicíně, stomatologii a v oblasti sociální práce se začínají implementovat pojmy a metody transkulturního přístupu. Změna přístupu se následně odráží v celých zdravotnických systémech, institucích a ve zdravotnickém školství. (38)

#### ***1.2.4 Definice, podstata a cíl transkulturního ošetrovatelství***

Multikulturní ošetrovatelství jako aplikovaný ošetrovatelský obor zdůrazňuje „širší“ chápání komunity. Je to nová dimenze ošetrovatelství. (55)

Transkulturní ošetrovatelství můžeme tedy definovat jako (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.

Transkulturní ošetrovatelství tak chápeme jako legitimní, nezastupitelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu. Smysl transkulturního ošetrovatelství je naplnit lidské potřeby tak citlivě, aby klient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pociťovat nespokojenost.

Významným rysem dle definice transkulturního ošetrovatelství je komparativní povaha tohoto oboru, což znamená důraz na srovnání, na vyhledávání rozmanitostí

a podobností, které se vyskytují v léčbě, péči o zdraví, ve vzorcích rozvoje onemocnění, případně ve vyrovnávání se smrtí.

Paušální, nepružné nahlížení na lidi z různých kulturních zázemí opomíjí takové komparativní znaky, jako je rozdílný význam a užití gest, symbolů, proxemiky apod. naproti tomu objevování těchto mnohotvárností je pro zdravotníky fascinující zkušeností.

Na počátku 60. let vznikl termín *kulturně specifická péče*, který 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 (compliance) ze strany 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“.

Je třeba si uvědomit, že transkulturní ošetrovatelství je konkrétní odbornou službou pro lidi různých kulturních profilů. Transkulturní ošetrovatelství jako předmět nabízí obohacení našeho zúženého vnímání, případně odpoutává od výlučného soustředění na biologickou nemoc jako takovou a její symptomy.

Účelná a účinná pomoc pacientům a klientům různých kultur ve zdravotní péči si žádá dobrou připravenost sester. Na druhé straně se může pro všechny zdravotnický personál stát velkou odměnou, když vidí, že svými transkulturními znalostmi a dovednostmi vyvolává u pacientů patřičnou spokojenost. K cílům transkulturního ošetrovatelství patří výchova nové generace sester, vybavených těmito patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením. (38)

#### ***1.2.5 Sběr informací v transkulturním ošetrovatelství***

Sběr informací se v ošetrovatelství provádí pomocí koncepčních modelů. Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivých skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy, které souvisejí s daným oborem.

Každý koncepční model poskytuje odlišný pohled na koncepte metaparadygmatu. Autoři různých modelů, kteří zkoumají určitý jev, vidí různé věci v různých souvislostech a v rozdílných vzájemných vztazích.

Koncepční model poskytuje specifický rámec, ukazuje co pozorovat, čeho si všimnout, jak se dívat na svět a která hlediska brát v úvahu, a tak pomáhá zkvalitnit práci sester. Koncepční model soustředí pozornost na některé oblasti, které autor považuje za důležité a jiné, méně důležité, vylučuje. Koncepční modely ošetrovatelství obohacují teoretickou základnu ošetrovatelství jako vědní disciplínu a v ošetrovatelské praxi řídí myšlení a jednání sester v konkrétních situacích. (48)

Mezi nejznámější koncepční modely, které se týkají transkulturního ošetrovatelství patří „model vycházejícího slunce“, jehož autorkou je Madeleine Leiningerová a model Joyce Newan Gigerové a Ruth Davidhizarové, který vychází a současně navazuje na model Leiningerové.

#### ***1.2.6 Koncepční model „vycházejícího slunce“ podle Madeleine Leiningerové***

V polovině 50. let minulého století se M. Leiningerová začala zajímat o vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Začala si všimnout odlišného chování příslušníků jednotlivých národnostních etnik. Postupně si uvědomovala, že kultura má značný vliv nejen na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči. Začátkem 60. let zpracovala první studii transkulturním ošetrovatelství. V roce 1960 definovala transkulturní ošetrovatelství jako oblast studia a praxe, které se zaměřuje na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemocí jedinců či skupin a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik. (48)

Madeleine Leiningerová sestavila metodu sběru informací. Jedná se o první výzkumnou metodu sestavenou k systematickému studiu ošetrovatelských fenoménů, nazvanou jako etnoošetrovatelství. Na získávání informací o klientovi přímo ve zdravotnickém zařízení sestavila dva druhy odhadu. V obou vychází z „modelu vycházejícího slunce“, jehož část představuje rozměr kulturní a sociální struktury a tvoří základ ošetrovatelského odhadu. Takto získané informace jsou důležitou součástí ošetrovatelské anamnézy. (3)

Sociální a kulturní struktury jsou znázorněné slunečními paprsky (technologické, náboženské a filozofické, politické, právní, ekonomické a vzdělávací faktory, rodinné a kulturní hodnoty, životní styl). Všechny se spojují ve vlivu na jedince. Paprsky souvisejí se slunečním jádrem, tedy se znaky, vzory, péčí, praktickými činnostmi a zdravím. Všechny uvedené složky neovlivňují jen vnímání zdraví a nemoci, ale také způsob péče, který jedinec využívá. (48)

Madeleine Leiningerová nazvala svoji teorii teorií kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetrovatelství. (64)

Model vycházejícího slunce umožňuje sestřám pochopit teorii transkulturní péče. Transkulturní ošetrovatelství M. Leiningerové je vědou, uměním profesí, která se kulturně vhodnými způsoby věnuje podpoře a udržování zdravého způsobu chování osob z různých kultur. (48)

*Hlavní jednotky modelu:*

M. Leiningerová charakterizovala tyto hlavní jednotky modelu:

- *Cíl ošetrovatelství* – poskytovat osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnutí nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů.
- *Pacient / klient* – je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Společenská kultura, filozofický názor a hodnoty se transkulturně liší, osoby z různých kultur vnímají zdraví, chorobu, léčbu, závislost a nezávislost různě.
- *Role sestry* – poznat tradiční způsob péče příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči.
- *Zdroj potíží* – rozdílnost kultur.
- *Ohnisko zásahu* – problém související s rozdílem rozdílností kultur.
- *Způsob zásahu* – podpora zachování / udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně nebo pomoc při umírání, přičemž sestra působí jako



zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetrovatelské péče.

- *Důsledky* – zdraví a blaho nebo klidná smrt, dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsoby péče. (48)

Koncepční model využívá dva druhy odhadu. První označujeme jako dlouhodobý odhad a druhý jako odhad krátkodobý.

*Druhy odhadu (posouzení A, B)*

*Posouzení A- typ A, označovaný jako dlouhý odhad*

Sběr informací je ze všech daných oblastí. Je nutné stále si uvědomovat do jaké míry se klientovy projevy a způsoby chování odlišují od projevů dominantní kultury a jak jednotlivé faktory ovlivňují způsob péče o klienta. Zjišťují se informace o silných a slabých stránkách tradiční péče, které by mohly ovlivnit klientovo zdraví a jeho potřebu profesionální péče.

*Typ A – pro sběr informací v rámci ošetrovatelské anamnézy*

- Jazyk, komunikace, gesta.
- Způsob odívání, tělesný vzhled.
- Všeobecná souvislost života s prostředím.
- Způsob života, názor na techniku.
- Způsob života v rodině.
- Denní aktivity.
- Stravovací zvyky, tabu.
- Světový názor.
- Náboženská a duchovní víra, hodnoty.
- Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě.
- Hodnota vzdělání.
- Ekonomické faktory.
- Politické a právní vlivy.

- Laická péče o zdraví.
- Důležitost profesionální péče.
- Způsob informovanosti o tom, jak předcházet nemocím, jak udržet zdraví, jak získat zdraví, jak o sebe pečovat.
- Další ukazatelé upozorňují na tradiční nebo netradiční způsob života.

*Posouzení B- typ B, označovaný jako krátký odhad*

Sběr informací je rychlý, orientační, je méně holistický, tedy odlišný od typu A. Tento odhad je doporučován na pohotovostních odděleních, kde je zapotřebí získat co nejrychleji informace. Realizuje se v pěti fázích.

*Typ B – sběr informací v rámci ošetřovatelské anamnézy:*

- Zaznamenejte vše, čeho jste si všimli, co jste viděli, slyšeli, prožili při setkání s klientem, co by mohlo být důležité.
- Získejte od klienta informace o jeho kulturních hodnotách, víře, aktivitách, které souvisí se zdravím, s tradičním systémem péče a jeho názor na profesionální systém.
- Identifikujte a dokumentujte klientovy názory na to, co viděl, slyšel a prožil ve zdravotnickém zařízení.
- Zhodnoťte předcházející kroky, hledejte to, co je společné a co odlišné.
- Společně s klientem sestavte plán péče, který bude respektovat jeho kulturu. (3)

*Systémy péče*

Sestry by měly poznat kromě formálních i tradiční způsoby péče, aby mohly poskytovat profesionální péči i pacientům/klientům, kteří pocházejí z jiné kultury, než jsou ony samy.

M. Leiningerová rozeznává dva základní systémy péče:

- *Tradiční (lidový)* – systém péče zahrnuje nejen způsob péče praktikované členy dané kultury nebo subkultury, ale také naučené názory, poznatky a způsoby, které jsou příslušné kultuře vlastní.

- *Profesionální (formální)* – systém péče je ten, který převládá v profesních institucích a preferuje ho majoritní část obyvatelstva. (48)

### *Typy péče*

Poskytování péče je centrem ošetrovatelských aktivit. M. Leinigerová rozlišuje pojmy care a caring takto:

- *Care (péče)* – zahrnuje naučené a přenesené způsoby podpory, asistence a pomoci jedincům zdravým, nemocným a umírajícím.
- *Caring (poskytování péče)* – obsahuje konkrétní ošetrovatelské činnosti, které tvoří ošetrovatelskou profesi. (48)

Teorie a model Madelaine Leininger jsou stále živé, aktuální a staly se východiskem pro další modely kulturně specifického ošetrovatelství v jeho teorii i praxi. (např. Bloch 1983, model Gigerové a Davidhizarové ) (64)

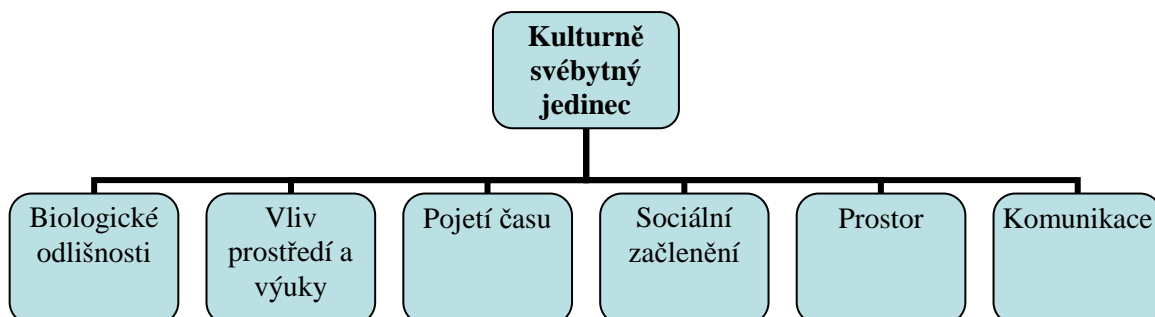
### **1.2.7 Model Gigerové a Davidhizarové**

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Gigerové a Davidhizarové vychází a navazuje na práci Leiningerové a rozpracovává další rovinu transkulturního ošetrovatelství – hodnocení stavu potřeb klienta a ošetrovatelské intervence. (64)

Vznikl na základě potřeby průběžně hodnotit kulturní proměnné v ošetrovatelském procesu a jejich vliv na chování ve zdraví a nemoci. (38)

Jejich model postuluje, že každý jedinec je kulturně unikátní a má být hodnocen v intencích šesti kulturních fenoménů, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace. (64)

K nosným myšlenkám tohoto modelu patří: koncepce kulturního ošetrovatelství, respektování kulturní svébytnosti jedince, kulturně rozmanité ošetrovatelství, kulturně ohleduplná/přizpůsobivá péče, vyváření kulturně senzibilního prostředí ve zdravotnických zařízeních, podpora zdraví prospěšného chování, které je ve zdraví a nemoci běžné v dané kultuře. (38)



**Obr. 3** Gigerové – Davidhizarové transkulturní model ošetřovatelského posuzování

#### *Zdroje pro konstrukci modelu*

Model transkulturního hodnocení Gigerové – Davidhizarové vychází z transkulturního ošetřovatelství M. Leiningerové, z práce Rachel Spectorové, z klasických prací Orqueho, Blocha, Monroye, Halla a ostatních z oblasti fenoménů, komunikace a antropologie. (64)

#### **1.2.8 Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním**

Blochův průvodce etnicko-kulturním posuzováním je zaměřen na posuzování jedince a jeho rodiny v nemoci, v době hospitalizace či ambulantní péče. Je podobný modelu Gigerové – Davidhizarové, má ale jinak strukturované etnicko-kulturní charakteristiky a je specifitěji zaměřen na identifikaci etnicko-kulturních specifik v souvislosti s poskytováním přímé profesionální zdravotnické péče. (64)

*„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“*

*(Madeleine Leiningerová) (38)*

### *1.3 Vietnamci v České republice*

#### *1.3.1 Navázání oficiálních styků a příchod Vietnamců do České republiky*

Diplomatické vztahy mezi Československou republikou a Vietnamskou demokratickou republikou byly oficiálně navázány dne 2. února 1950. V září 1956 pak byla mezi oběma státy podepsána dohoda o vědeckotechnické spolupráci. Od konce 50. let se v Československu vzdělávali vietnamští občané především v oblastech strojírenství a lehkého průmyslu. Počátkem 60. let k nám začali na vysoké školy přijíždět studenti a aspiranti, kteří studovali převážně na školách ekonomického a technického směru. Po vypuknutí americké války ve Vietnamu byly v Československu přijaty do dětských domovů dvě skupiny vietnamských sirotků. Jejich pozdější osud není znám, pravděpodobně se v polovině 70. let, tedy po ukončení války v Indočíně většina z nich vrátila do vlasti.

V 60. a 70. letech lze charakterizovat obecný pohled československé společnosti na Vietnamce takto: jedná se o usměvavé a pilné lidi, kteří se pohybující ve větších či menších skupinkách tvořených vietnamskými spoluobčany a zpravidla na sebe příliš neupozorňují. Vysokoškolští pedagogové byli překvapeni dobrými a leckdy výbornými studijními výsledky vietnamských studentů a aspirantů. Málokdo totiž věděl, že byli pod kontrolním drobnohledem referenta zabývajícího se studijními záležitostmi, který sídlil na příslušném zastupitelském úřadě v Praze. (40).

V první polovině 80. let bylo v ČSSR přibližně 27 000 vietnamských občanů, přičemž většinu z nich tvořili pracující. V tomto období se zároveň mění pohled československé společnosti na Vietnamce. Vietnamci totiž začali velmi intenzivně cestovat po celé republice a nakupovat určité druhy zboží, které nakoupili za jakoukoli cenu a posílali je do vlasti. Byl to jediný způsob, jak zhodnotit zde vydělané peníze. Nejžádanějšími komoditami byla jízdní kola, mopedy, šicí stroje, látky, léky a podobně, protože vietnamská měna nebyla v té době konvertibilní s měnami zahraničními. Během krátké doby byli Vietnamci považováni za velmi schopné obchodníky. Ve zmíněném časovém období rovněž podstatně vzrostl počet smíšených manželství, velké procento z nich však trvalo krátce.

Po roce 1985 se počet vietnamských pracujících v ČSSR snižoval, avšak každoročně zde bylo přítomno kolem 17 000 pracujících. (41)

Vietnamské hospodářství se po roce 1986 velmi rychle otevírá a mění. Po politickém přelomu v Československu roku 1989 se přední politici začali obracet zády ke všem bývalým spolupracujícím zemím RVHP. ČSFR vyrovnala finančně své nesplněné závazky vůči Vietnamu a přerušila téměř veškeré mezistátní vztahy, čímž si uzavřela cestu na nově se rozvíjející vietnamský trh.

Od 90. let do České republiky přicházejí Vietnamci již většinou z jiných důvodů než za studiem a odbornou praxí. Bez ohledu na své předchozí vzdělání se žijí především obchodní činností v podmínkách našeho tržního hospodářství. S nimi přicházejí také jejich děti, rodiny, příbuzní. (21)

### ***1.3.2 Vietnamci v ČR - současnost***

V České republice tvoří Vietnamci třetí nejpočetnější minoritní skupinu (první Ukrajinci, druzí Slováci). Počet Vietnamců s trvalým pobytem a dlouhodobým pobytem nad 90 dnů ke dni 31. 12. 2005 byl 36 832. (8)

Zatímco dospělí pro své neustálé pracovní nasazení na zdokonalování češtiny nemají čas, vietnamské děti navštěvují české školy a český jazyk si osvojují velice dobře. Děti a mladých Vietnamců do 26 let žije v naší zemi velký počet, také se zde narodili stovky česko-vietnamských dětí.

V České republice fungují tři vietnamské organizace: Svaz Vietnamců v České republice, Svaz vietnamských podnikatelů a Občanské sdružení vietnamsky hovořících občanů České republiky. (9) Vietnamci si u nás vydávají vlastní tiskoviny, mají Vietnamsko-český klub, Svaz vietnamských studentů, Svaz vietnamských podnikatelů a zejména vietnamskou stranu obnovy s jasným protikomunistickým programem. (74)

Čeští Vietnamci se mění. Vietnamští podnikatelé se stěhují do kamenných obchodů. Jejich společnosti rostou stejně jako jejich děti. Z potomků jsou čím dál častěji vysokoškoláci. Jejich výsledky na školách jsou nadprůměrné. (20)

#### ***1.4 Základní informace o Vietnamu***

Přírodní a kulturní prostředí Vietnamu je vždy nutné chápat v kontextu prostředí celého Dálného východu, které je ovlivněno zcela odlišnou kulturní tradicí než území Evropy. Abychom pochopili vietnamskou kulturu, měli bychom se seznámit s některými fakty, např. odkud k nám do České republiky Vietnamci přišli, jaké jsou ve Vietnamu životní podmínky, co je k vedlo k příchodu do České republiky, apod. (21)

##### ***1.4.1 Oficiální název státu***

Vietnamská socialistická republika – VSR, Nuoc cong hoa xa hoi Viet Nam. (40)

##### ***1.4.2 Demografické údaje***

Údaje z roku 2005 říkají, že vietnamská populace čítá asi 83 535 580 lidí, což ji v žebříčku nejlidnatějších zemí řadí na třinácté místo na světě. Populační přírůstek za rok 2005 je 1,04%. Průměrný věk, kterého se dožívají ženy, je vypočten na 73,5 roku; u mužů je to pak téměř 68 let. Přesto je Vietnam zemí spíše mladých lidí – 65% populace je mladší třiceti let. Do značné míry je to způsobeno i populačním boomem z porevolučních let, nicméně v posledních letech se stát snaží počet dětí v rodině snížit nejlépe na dvě. Informace z roku 2003 odhalují, že ve Vietnamu žilo v té době kolem 220 000 lidí nakažených virem HIV nebo již postižených nemocí AIDS. Číslo se samozřejmě – stejně jako v ostatních zemích – rok od roku zvyšuje. Odhaduje se, že do roku 2003 zemřelo ve Vietnamu přibližně 9000 lidí na AIDS. Asi 10% Vietnamců je negramotných, přičemž negramotnost u žen je o celých sedm procent vyšší než u mužů, což do jisté míry poukazuje i na společenskou hierarchii ve společnosti. (69)

##### ***1.4.3 Národnosti***

86 % vietnamské populace tvoří etničtí Vietnamci, zvaní Vietové či Kinhové, žijící zejména v deltách hlavních vodních toků a pobřežních rovinnatých oblastech. Etničtí Číňané tvoří 12% obyvatelstva. Zbytek populace představují příslušníci některé z 53 oficiálně uznaných národnostních menšin. Jsou to např. Khmerové (kolem 700 000, žijící v jihozápadní deltě Mekongu), Čamové (kolem 60 000, žijící

převážně podél pobřeží mezi Nha Trang a Phan Thiet a v provincii An Giang v deltě Mekongu), Edeové žijící v matrilineárním společenství, Jaraiové, Sedangové, Nungové, Dzaové či Bahnarové. Až na výjimky (jako jsou třeba již zmínění Khmérové a Čamové) žijí příslušníci národnostních menšin většinou v horských oblastech; proto jsou zejména u turistů známí jako lidé z horských kmenů. Počty příslušníků národnostních menšin ve Vietnamu se pohybují od několika stovek (Silaové, Pupeové, Romamové, Brauové) až k milionu (Tayové, Thajové, Muongové, Khmerové). Asi národnostně nejrozmanitějším koutem Vietnamu je sever země, kde žijí různě početná etnika, jejichž příslušníci v historii přicházeli na území Vietnamu především z Číny. Příkladem mohou být i Hmongové, jejichž původ sice není zcela ujasněn, nicméně vědci se přiklánějí k předpokladu, že pocházejí z horských regionů jižní Číny. Ve Vietnamu jich žije kolem 800 tisíc, nejvíce jich ale zůstalo v Číně; nicméně Hmongové jsou menšinami i v Laosu, Thajsku a Barmě. Každé etnikum má svou vlastní původní řeč (navzájem si jednotlivé jazyky bývají dost vzdálené – často totiž patří do zcela jiných jazykových skupin) a kulturu. Velmi výrazným prvkem jednotlivých menšin jsou (kromě svébytné řeči) beze sporu kultura odívání – tradiční oblečení (velkou roli hraje často nejen střih, ale i barva), zdobení a účesy. Dalším důležitým odkazem těchto menšin je zachování vlastních tradičních způsobů života, které ovlivňují jak život společnosti, tak jednotlivce. Zajímavé jsou určitě i literatura, hudba, tanec, oslavy, svátky, rituály, ceremonie, zvyklosti týkající se přijetí mezi dospělé, uzavření sňatku, pohřbů atd. (69)

#### ***1.4.4 Náboženství***

Co se týče víry, nalezneme ve Vietnamu několik hlavních proudů – buddhismus, taoismus, konfucianismus a křesťanství. Buddhismus zde převládá mahájánového typu (asi 50 % obyvatel), přičemž velkou část buddhistů tvoří zen-buddhisti. Další významný element buddhistického vyznání představují členové sekty Hoa Hao (předpokládá se asi 1,5 mil. věřících), kteří upřednostňují osobní, vnitřní víru před komplikovanými rituály. Therávádový buddhismus se vyskytuje hlavně v oblasti delty Mekongu. Ve Vietnamu žije až 8 miliónů katolíků, což se blíží skoro k 10% celkového počtu obyvatel. Tento údaj řadí Vietnam hned za Filipíny, které mají ze zemí



jihovýchodní Asie nejvyšší procento katolíků. K protestantismu se hlásí asi 200 tisíc věřících v oblastech Centrální vrchoviny. Z dalších náboženství je okrajově zastoupen i islám (přibližně 0,5 % populace, převážně etničtí Khmerové a Čamové) nebo hinduismus (zbytky indické komunity v Ho Či Minově Městě). Přibližně dva miliony věřících má sekta Cao Dai, která podivuhodným způsobem skloubila učení nejdůležitějších filozofických a náboženských směrů východní i západní kultury. (69)

Konfucianismus je filozofické učení staré Číny. Usiluje o vytváření harmonie a dosažení pokoje v lidských vztazích. Tohoto humanistického cíle lze dosáhnout principem lidskosti a sebekázně za pomoci pravidel obřadů. Podle Konfucia člověka může uspokojit pouze plnění povinností, které zabezpečuje harmonii ve společnosti a nevyvolává hněv nebes. Konfucianismus je založen na respektování a uctívání předků. (76)

Taoismus je čínský filozofický směr, jehož tradici založil Lao-c v 6. století n.l. „Tao“ neboli cesta označuje skrytý princip světa a neklade takový důraz na drobné skutky jako na vzájemný harmonický vztah s prostředím, což automaticky zajišťuje správné chování. (22)

#### ***1.4.5 Vietnamští buddhističtí mniši***

Přestože ve Vietnamu panuje komunistická vláda, většina obyvatel je věřících – nejvíce tu žije buddhistů. Socialistický stát vzal buddhismus oficiálně na vědomí ve chvíli, kdy byla založena Vietnamská buddhistická společnost, která zastřešuje všechny buddhistické obce v zemi, pro vládu je tak jednodušší mít ještě větší kontrolu nad lidmi. Buddhistickým mnichem/mniškou se může stát chlapec nebo dívka, kteří dovršili 17 let. Odcházejí do kláštera, kde se vzdělávají (podobně jako v běžné škole). Chlapci a dívky studují i bydlí odděleně. Existují i jakési „bakalářské“ a „magisterské“ stupně ve studiu buddhismu; samozřejmě platí – čím vyšší vzdělání, tím vyšší postavení. Výše postavení mniši mají na vietnamské poměry slušné příjmy – mohou si dovolit dokonce auto, mohou cestovat. Ale na druhou stranu všichni mniši podléhají přísnému dennímu režimu v klášteře, kde panují dosti spartánské podmínky, nesmějí např. pít alkohol, koupat se na pláži, ani obléknout si jiný oděv než mnišský. (69)

### ***1.5 Vyšší potřeby v ošetrovatelské péči o Vietnamskou minoritu***

Chceme-li poskytovat vietnamské minoritní skupině kulturně diferenciovanou péči plně respektující holistickou teorii, měli bychom podrobně znát všechny její zvláštnosti plynoucí z jejich odlišného kulturně – společenského původu a související s uspokojováním jejich základních vyšších potřeb. Vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, které jsou nemocí pozměněny, je jedním z pilířů moderního ošetrovatelství.

Zvyky, hodnoty, zdravotní názory a praktiky klientů vietnamského původu jsou pro české zdravotnické profesionály někdy neobvyklé, ale přesto je třeba je rozhodně zohlednit. Většina dospělých z vietnamské minority si uchovala jistou víru v lidovou medicínu, která ovlivňuje nejen vysvětlování příčin symptomů, ale i druh vybrané léčby. (66)

#### ***1.5.1 Význam rodiny a rodinných vztahů pro jedince ve Vietnamské minoritě***

Ve Vietnamu je rodina základní institucí a zajišťuje jednotlivým členům celoživotní ochranu a podporu. Ve Vietnamu se svobodný člověk potká spíše s politováním než závistí. (53) Role a struktura rodiny jsou dobře diferenciované a mají rozsáhlou terminologii označující příbuzenské vztahy. Rodina je patriarchální, otec je považován za hlavu rodiny. Matka často zvládá velkou část odpovědnosti a řízení domácnosti.

Nejstarší syn nese velkou odpovědnost za pokračování rodinného příjmení, za to, že se postará o rodiče než zestárnou, že jim zajistí péči a že bude pokračovat v dodržování povinností vůči církvim a předkům. Nejstarší dcera přejímá odpovědnost za péči o domácnost v nepřítomnosti matky jádrem rodinné věrnosti je „synovská pieta“, která dětem nařizuje, aby poslouchali rodiče a vážili si jich. (66)

Model vietnamské rodiny se vyvíjel především z čínského vzoru, jenž čerpal z konfucianismu. To souvisí s tvrzením, že většina Vietnamců se hlásí k buddhismu, nicméně odpovědi na otázky týkající se rodiny, morálky a společenského života hledají v konfucianismu a pro porozumění přírodě a kosmu jako celku se obracejí k taoismu. Rodina je pro každého Vietnamce středem života. Pod slovem rodina si však nepředstavujeme rodinu nukleární, nebo podobnou, jak jsme na ni zvyklí, rodina

ve vietnamském pojetí je pojem nesrovnatelně širší a zahrnuje opravdu všechny příslušníky daného klanu. Každé dítě musí dle konfuciánských tradic vyjadřovat úctu svým rodičům, musí je poslouchat, starat se o ně v nemoci nebo ve stáří a po smrti jim obětovat, aby jejich duše došla klidu. V minulosti platily tvrdé zákony, které trestaly jakákoli provinění dětí vůči rodičům – např. za nadávání rodičům mohl být potomek oběšen. Zajímavé jsou také tresty za porušení tříleté doby smutku po smrti rodičů – v té době se potomek nemohl ženit/vdávat, účastnit se oslav, poslouchat hudbu, pít alkohol, nosit jiné šaty než smuteční, dokonce nesměl ani sexuálně žít. Za porušení těchto pravidel se udělovaly nejrůznější tresty od vyhnanství přes bití holí nebo bičem až po práce za trest. Tyto zákony, které upravovaly vztahy mezi rodiči a dětmi, platily do 19. století – nebyvaly však příliš využívány, protože děti měli úctu ke svým rodičům jaksi přirozeně zakódovanou. A v podstatě to platí dodnes – i v současné době má rodina na jedince velký vliv; rodiče často zasahují do osobního života svých dětí a ty je poslouchají, protože je to zakořeněná tradice, od níž se odstupuje většinou pouze za cenu ztráty přízně rodiny – a to je pro Vietnamce, kteří jsou na rodině od narození až do smrti závislí, cena příliš vysoká. Situace ve velkých městech se už ale začala měnit. (69)

Lojalita a respekt vůči rodičům také znamená, že se děti v přítomnosti rodičů nebudou chovat neslušně. Raději se člověk přetvařuje nebo uchýlí k nutné lži, než aby osobu, kterou respektuje, urazil. (46)

Pro sestry je tedy důležité, aby znaly názor otce či v jeho nepřítomnosti názor nejstaršího syna na takovou zdravotní péči, která vyžaduje rozhodování. (27)

*"Ten, kdo miluje své rodiče, se neodvážá ošklivit si ostatní. Ten, kdo je uctívý ke svým rodičům, se neodvážá přehlížet ostatní. Lásky a úcty se plně uskutečňují ve službě rodičům."* (45)

### **1.5.2 Místo náboženství v životě jedince**

Mnohé názory a praktiky týkající se smrti jsou tak vetkány do vietnamského života, že je obtížné je rozdělit na náboženský nebo kulturní koncept. Důležitým

aspektem synovské piety a rodinné věrnosti je závazek, který trvá i po smrti: dodržování výročí úmrtí, shromažďování v rodinném domě a u oltáře a čištění hrobek předků. Pro buddhisty existují zvláštní zvyklosti, zahrnující obvykle složité rituály na sto dní a jeden a dva roky po smrti.

Upomínky na zesnulé předky vrcholí v Den vzpomínek, což je den, který je každoročně vyhrazován pro uctění dané osoby, a ve výročí dne, kdy rodinný příslušník zemřel. Den vzpomínek je ve většině vietnamských rodin důležitější než narozeniny. Barvou smutku je bílá nebo černá a v době smrti a v následujícím období mohou členové rodiny nosit černé oblečení. Někteří členové rodiny nosí v případě úmrtí rodinného příslušníka po určitou dobu pouze tradiční černý pásek na rukávu nebo kousek černé látky připíchnutý na košili nebo blůze.

Ve Vietnamu je preferován tradiční kostrový pohřeb, ale praktikuje se i kremace. Hlavně u starších lidí se volí kremace, aby bylo možno převést popel zpět do Vietnamu a pohřbit ho poblíž rodiny, což je velmi důležitý slib či závazek, který je třeba ze stany pozůstalých splnit. Podle některých lidí se duše milované osoby osvobodí pouze správným dodržováním starých tradic, a proto jsou tradice po smrti podstatnou rodinnou povinností a známkou úcty. (66)

### **1.5.3 Hodnoty**

Nejdůležitějšími hodnotami ve vietnamské kultuře jsou úcta a harmonie, které jsou založeny na třech hlavních systémech náboženské víry, které vládou v zemi. Síla synovské piety v kultuře vyjadřuje v mnoha směrech hlavní hodnotu v celém životním cyklu. Úsilí o zachování harmonie ovlivňuje způsob života kultury od nejvyšších vládnoucích kruhů po nejdlehlší vesnice od zacházení s informacemi přístup ke světovým konfliktům. Může se odrazit i na rozhodování o zdravotní péči. Rodiny někdy nejsou příliš ochotny se ve skupině dělit o špatné zprávy. Členové skupiny spíše akceptují rozhodnutí přijata rodinnou, protože jsou přesvědčeni, že rozhodnutí bylo přijato pro celkové dobro. Klienti jsou proto někdy ochotnější tiše snášet utrpení nebo bolest, aby nezpůsobili rodině problémy nebo nepříjemnosti. Srovnáme-li hodnoty běžné pro orientální neboli východní systém, který se nachází ve Vietnamu a západní

system, je zřejmá povaha a rozsah akulturačních úkolů, které stojí před Vietnamci, když musí tyto dva systémy skloubit.

*Implikace pro ošetrovatelskou péči:* kvůli vysoké prioritě úcty, harmonie, synovské piety a materiálního sdílení ve většině vietnamských rodinných systémů plní bezprostřední i rozšířená rodina významnou roli při poskytování citové, fyzické a ekonomické podpory vietnamskému pacientovi. Během nemoci jsou často zvyklí na velká rodinná shromáždění. Pocit podpory ze strany rodiny vyvažuje stres způsobený nemocí a cizím prostředím zdravotnického zařízení.

Kulturně kompetentní sestra by měla do plánování péče, kdykoliv to bude možné, zapojit i členy rodiny. Pokud klient neumí česky, rodina obvykle ocení, požádá-li setra někoho, aby zůstal s klientem a sloužil jako překladatel.

Ve většině případů je třeba řešit komunikaci o plánu péče, potřebných právních dokumentech nebo preferencích možnosti léčby s osobou, kterou určí rodina. Je-li využíván tlumočnick, je třeba dopřát rodině dost času na to, aby porozuměla možnostem léčby. Hodnota úcty a harmonie může způsobit neochotu říci rodinným příslušníkům klienta skutečnou diagnózu nebo prognózu, obzvlášť pokud jsou starší. Je třeba počítat i s tím, že rodina může například požádat, aby klientovi nebyla sdělena diagnóza nevyléčitelné choroby. (66)

#### **1.5.4 Teritorialita a osobní prostor**

Představy o prostoru jsou ve vietnamské kultuře hluboce zakořeněny. Pro tradiční Vietnamce patří aktivity intimní zóny do soukromí. Držení rukou na veřejnosti obzvlášť s příslušníky opačného pohlaví, je považováno za nevkusné. Rovněž objímání nebo citové doteky na veřejnosti, a to i mezi blízkými přáteli nebo členy rodiny, uvádí tradičního Vietnamce do rozpaků. Představy o prostoru rovněž ovlivňují názory Vietnamců na péči poskytovanou ženám. Do počátku 20. století se tradiční léčitelé nesměli dotýkat těla svých klientek s výjimkou zjišťování tepů. Pacientka měla sama na figuríně ukázat, kde má problémy. Ve Vietnamské komunitě se negativně staví k vyšetření pánevní oblasti u neprovdaných mladých žen.

Pokud se setra dotkne hlavy klienta vietnamského původu omylem, nebo pokud se jí musí dotknout v rámci péče, a klient je přesvědčen, že je hlava posvátná, měla by se setra dotknout také opačné strany hlavy nebo ramene ( a tím zabránit úniku životní síly). Sestra by si měla také uvědomit, že tření zad od cizího člověka může u příslušníka vietnamské komunity vyvolávat nepříjemný pocit. (66)

### ***1.6 Jak vnímá vietnamská kultura zdraví a nemoc***

Rovnováha mezi jinovou a jangovaou složkou čchi, a současně i optimální kvalita čchi jako celku, představují základní podmínku pro dobré fungování organismu, čili pro zdraví. (9)

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. Ještě dnes jsou v tradiční vietnamské kultuře vyhledávání léčitelé, aby poskytli léky, byliny a provedli spirituální léčebné obřady. (16)

### ***1.7 Jak vnímá vietnamská kultura stáří***

Kromě správného chování synovská oddanost obnášela péči o nemocné nebo staré rodiče. Děti byly povinny vynaložit veškeré prostředky a úsilí, aby svým rodičům poskytly veškerou péči a pohodlí, a to i na úkor svého osobního štěstí. Např. všichni úředníci museli opustit své dobře placené místo a vrátit se domů pečovat o rodiče, pokud onemocněli nebo dosáhli věku 70 let. Pokud tak neučinili, hrozil jim trest osmdesáti ran holí a ztráta úřednického pověření. V 19. století dokonce platil zákon o zmírněním trestu provinilce v případě, že jeho rodiče jsou již v pokročilém věku a potřebují potomkovu péči: "Pokud byl viník odsouzen k trestu smrti a jeho rodiče jsou již staří nebo nemocní, přičemž v rodině nejsou žádní jiní dospělí potomci, oznámí se tato skutečnost panovníkovi a konečný rozsudek bude zmírněn. Pokud se jedná o viníka odsouzeného k trestu vyhnanství nebo nuceným pracím, podstoupí trest sta ran holí, zaplatí výkupné za zbytek trestu a potom žije doma, aby opatroval své rodiče." (45)

### ***1.8 Jak vnímá vietnamské kultura akt smrti***

Kromě potencionálního narušení harmonie ve skupině se někdy rodinní příslušníci mohou domnívat, že diagnóza uspíší smrt a způsobí, že se pacient předčasně vzdá. Podle mnoha buddhistů určuje okamžik příchodu smrti karma. Tato orientace způsobuje, že podepisováním informovaného souhlasu a předběžných pokynů může být považována za přinejmenším matoucí a v nejhorším případě za zcela irelevantní. Sestra by měla respektovat, že starší pacient může odsunovat podpis takovýchto dokumentů, dokud nepřijde určitý člen rodiny. Pochopení hodnot každého jednotlivého klienta a rodiny je zásadní pro poskytování kulturně kompetentní péče. (66)

Vietnamci od pradávna vyznávají kult předků, tedy věří, že duše zemřelých se vrací na náš svět a aktivně ovlivňují v dobrém či zlém osudy žijících lidí. Duše, které se nedostalo náležitého pohřbu nebo uctívání, bloudí po světě, mstí se a škodí. Proto je nezbytné, aby byl každému zajištěn správný pohřeb a následné dodržování všech rituálů spojených s uctíváním předků. Důraz je kladen nejen na provedení všech obřadů, ale také na to, aby potomci vše dělali s hlubokým, upřímným zármutkem. Uctivý způsob chování a pocit zodpovědnosti vůči rodičům však zůstal ve Vietnamcích hluboce zakořeněn. Stárnoucí Vietnamci se jistě ani dnes nemusí bát osudu své duše po smrti, protože snad nikdo si nedovolí uctívání svých předků zanedbávat. (45)

Důležitější je pro Vietnamce kvalita života než jeho délka, protože věří v reinkarnaci a v menší utrpení v příštím životě. Také proto pomáhají umírajícímu tím, že vzpomínají na jeho dobré skutky.

Pitvy jsou dovoleny a Vietnamci preferují kremaci. Upřednostňují umírání doma před umíráním v nemocnici.

Po smrti je tělo umyto a oblečeno do čistých bílých šatů. V některých oblastech Vietnamu vkládají nebožtíkovi mince či perly do úst, chudší rodiny rýži ve víře, že to pomůže duši projít setkání s bohy, ďábly a duše se narodí bohatá v příštím životě. Příbuzní šijí malé polštářky, které jsou umístěny pod krkem, chodidly a zápěstí nebožtíka. Tělo je vloženo do rakve a pohřbeno do země. (12)

V souvislosti se zármutkem nad smrtí rodičů museli potomci držet tříletý smutek, což znamenalo omezení veškerých společenských a zábavných aktivit

a provádění nejrůznějších smutečních ceremonií. Truchlící nosili smuteční oděv, který symbolizoval žalem zlomené srdce. Dodržování pravidel smutku se považovalo za mimořádně důležité, a proto se jejich zachovávání opět objevuje i v zákoně. Např. pokud truchlící odložil v období smutku předepsaný oděv a dokonce se oblékl do šatů pestrých barev, mohl počítat s potrestáním: Muži za tento projev neúcty k zemřelému dostali osmdesát ran holí, byla jim odebrána půda a vytetováni čtyři znaky pohany na čelo. Dále museli nosit okovy, nastoupit do vojenské služby nebo byli posláni na nucené zemědělské práce do vzdáleného okresu. Ženy při stejném provinění dostaly padesát ran bičem, na čelo jim vytetovali dva znaky pohany a za trest musely pracovat jako pomocnice v kuchyni.

Během smutku byla zakázána účast na veškerých oslavách a svatbách, poslech hudby, pití alkoholu; dále se potomci držící smutek nesměli ženit a vdávat, muži nesměli přijímat konkubíny, potomci obou pohlaví se měli zdržet pohlavního styku. Pokud děti tyto zákazy porušily (např. truchlící dcera nebo žena či konkubína truchlícího syna otěhotněla), mohl jim být vyměřen trest od osmdesáti do sta ran holí a vyhnanství. "Potomek, jenž truchlí za své zemřelé rodiče a nevypadá smutně, bude potrestán vyhnanstvím do vzdáleného okresu."

*Celé srdce ctí matku, respektuje otce.*

*Úcta k rodičům je jedinou morálkou (povinností) dítěte.*

(45)

### **1.8.1 Pohřební rituály**

Pohřební rituály se od sebe liší dle duchovního vyznání zesnulého.

#### **1.8.1.1 Hinduismus**

Hinduistický pohřební obřad se nazývá antešti sankára a jeho praktiky se někdy různí. Kremace se provádí na hranici, kterou obvykle zapálí nejstarší syn mrtvého. Pro příbuzné potom začne jedenáctidenní období každodenních obřadů, na jehož konci přinesou oběť z mléka a kuliček z rýže nebo ječmene. To má odcházejícímu duchu umožnit získání nového duchovního těla, aby mohl pokračovat dál a nemusel zůstat



jako duch, který obtěžuje živé. Pohřební obřady by měl provádět syn, aby měl zemřelý zajištěno dobré další narození. Proto hinduisté tolik touží mít syny. (57)

*„ ... oba břehy těch velikých řek lemují rozmanitě vonící stromy z drahokamů a z nich visí chumáče nejrůznějších květů, listů a větví. A chtějí-li se ty bytosti na březích řeky užívat sportů plných nebeského potěšení, potom když vstoupí do řeky, voda vystoupí každému tak vysoko, jak si přeje – ke kotníkům nebo ke kolenům, k bokům, po hrudník nebo k uším. A nebeské potěšení stoupá a opět, přejí-li si bytosti studenou vodu, stane se pro ně studená, přejí-li si teplou, stane se pro ně teplá, přejí-li si teplou a studenou zároveň, stane se pro ně teplá i studená, přesně podle jejich libosti. A tyto řeky plynou, plné vod provoněných nejlepšimi vůněmi, pokryté nádhernými květy, zvučícím zpěvem hejn ptáků dají se lehce přebrodit, není v nich bláto a na dně je zlatý písek. A všechna přání, na které ty bytosti jen pomyslí, budou splněna, pokud budou správná.“*

Popis šťastné země, buddhista (1. století n.l.)

(57)

### **1.8.1.2 Křesťanské pohřby**

Smrt zcela odporuje našemu nejhlubšímu učení a naší nejhlubší touze po životě. Náš odpor vůči smrti je naprosto oprávněný. Bůh k lidem sestoupil v Ježíši Kristu a otevřel jim skrze svou smrt na kříži a skrze zmrtvýchvstání cestu k naplnění životu. On mezi lidmi přišel, aby „měli života měli ho v hojnosti [Bible (1995), Jan 10,10]“ Ježíšovo zmrtvýchvstání je vrcholnou a ústřední pravdou křesťanské víry. Svou smrtí Kristus osvobozuje od hříchu a smrti. Svým vzkříšením otevírá přístup k novému a plnému životu. Křesťané věří, že v okamžiku smrti se člověk definitivně svobodně rozhoduje pro Boha nebo proti Bohu. Věří, že zemřelý člověk bude žít v nově přetvořené existenci, že smrt byla překonána zmrtvýchvstáním Ježíše Krista. Ježíš mluví o dvou formách života po smrti: jedna je radost a plnost, druhá je prázdnota a bezútěšnost. Záleží na každém jedinci pro co se rozhodne. (75)

Cíl a účel duchovní (pastýřské) péče bývá často výrazně vyjádřen. R. Bluhm ho formuluje slovy: „Společenství s Pánem Bohem ve víře, osvobozuje od strachu a obav

z odtržení od Pána Boha, Osvobození od zajetí svého vlastního „já“, návrat k prameni života, do společenství s Pánem Bohem, které je umožněno tím, co Pán Ježíš Kristus vykonal“. K tomu ještě dodává „...posílení víry, pomoci člověku žít z evangeli a zrod vztahu vlastního života k Pánu Bohu a umírání“. (29)

Někteří křesťané jsou pohřbeni v rakvích, jiní se nechají spálit v krematoriu. Přátelé a příbuzní obvykle posílají květiny a také se shromáždí k bohoslužbám v kostele nebo v krematoriu. Po obřadu je připraveno společné jídlo. Tradičně jsou pozůstalí oblečení v oděvech černé nebo jiné tmavé barvy. Ačkoliv jsou lidé smutni ze smrti, při bohoslužbách je kladen důraz na radostnou naději na vzkříšení věřících. (57)

### **1.8.2 Reinkarnace**

Lidé, kteří věří v reinkarnaci, si myslí, že duše člověka přechází po smrti do jiného těla. Hinduisté tento přechod nazývají šandára (což doslova znamená „to, co plyne spolu“). Věří, že duše může přecházet posloupnou řadou z rostlin nebo zvířat, až nakonec dosáhne lidského těla a od té doby prochází koloběhem dalších a dalších narození.

Kam přijdeš, záleží na tom, jak jsi trávil předchozí život. Pokud si žil v souladu s kosmickým řádem, narodíš se v příštím životě v lepším postavení. Tvé současné postavení je výsledkem toho, jak si žil předtím.

Karma je morální zákon. Protože se lidé mohou svobodně rozhodovat, mohou rozeznat zda dělají dobré či špatné věci, a jejich jednání automaticky určuje jejich osud. Neexistuje tedy žádný Bůh, který by rozhodoval, zda půjdou do nebe nebo do pekla: „*O svém osudu rozhodují oni sami*“. Hinduisté říkají, že život na této zemi je dočasný a skutečný život se odehrává až za hranicemi tohoto života. Tento život slouží ke zformování tvého charakteru pro život příští.

Hinduisté věří v reinkarnaci a transmigraci duší, tomu však věří i jiní lidé, kteří nevyznávají hinduistické náboženství.

*„ Ten, komu chybí rozeznání, kdo má nestálou mysl a nečisté srdce, nikdy nedosáhne cíle, ale musí procházet stále dalšími narozeními. Avšak ten, kdo má rozeznání, kdo je stálý v mysl i jehož srdce je čisté, dosáhne cíle a poté se již znovu nenarodí.“*

*UPANIŠADY (kolem roku 500 př.n.l)*

(57)

### ***1.9 Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků vietnamské komunity***

Neexistuje žádný jednoduchý návod, jak pomoci pacientům/klientům přicházejících z jiného prostředí. Zdravotnický personál by měl mít kulturní rozhled, který napomůže snížit etický stres a eliminovat či vyloučit kulturní šok. (31)

#### ***1.9.1 Interakce s pacientem klientem vietnamského původu***

Ve vietnamské kultuře je vysoce ceněn respekt a harmonie, a to i v lidských vztazích. Vládne touha nikoho nezklamat, nerozčlít, nevést do rozpaků nebo nezpůsobit ztrátu jeho důstojnosti. Touha po udržení harmonie má převahu nad vším ostatním v jakékoli situaci. To může být důvodem toho, že klient vietnamského původu může na některé otázky, především ty, u kterých je odpověď negativní, odpovědět nepřímou, vyhýbavou, aby mezi ním a sestrou byl zachován mír. Pacient vietnamského původu, je-li rozzloben, nebo není-li mu dobře, se málokdy se svým stavem svěří sestře, spíše bude hovořit potichu a usmívat se. Sestra může mít problémy se získáváním informací, protože klienti bývají diskretní a pasivní, problémy vnímají tiše a zřídka kdy vyjadřují své pocity. (66)

#### ***1.9.2 Odlišnosti komunikace vietnamské komunity***

Zaměřím se pouze na některé rysy jednání a chování, které se od našich výrazně liší a jsou často příčinou nedorozumění.

- *Podání ruky* – podání pravé ruky a zřetelný stisk ruky druhé osoby jsou doprovázeny lehkým stiskem ruky levé – v jednu chvíli tak buď držíme ruku druhé osoby v obou svých dlaních nebo jsme si najednou podali obě ruce

navzájem. Takové podání rukou symbolizuje vzájemnou úctu. Podání pouze jedné ruky může být považováno za výraz neúcty.

- *Podání předmětu* – oběma rukama podáváme rovněž jakýkoliv předmět, jemuž dáváme najevo, že si ho vážíme. Podání jen jednou rukou je nezdvořilé.
- *Gesto přivolání druhé osoby* – důležité je, aby dlaň směřovala k zemi, prsty poté pohybujeme k sobě. Dlaň otočená směrem nahoru znamená projev nadřazenosti.
- *Noha přes nohu* – projevuje nadřazenost. Nadřazenost můžeme dát najevo i tím, když špička naší přehozené nohy bude směřovat k partnerovi sedícímu proti nám.
- *Ruce zkřížené na prsou* – takový čin je pokládán za znak rozčilení nad obsahem daného dialogu.
- *Dlouhý nehet* – kdo má dlouhé nehty, nemusí fyzicky pracovat. Proto si někteří intelektuálové nebo bohatí obchodníci nechávají na malíčku, někdy na prstech levé ruky narůst až několikacentimetrové nehty.
- *Pohlazení* – hladení po vlasech a jiné dotýkání hlavy je považováno za projev velké neúcty, i vietnamské děti jsou zvyklé spíše na „poplácání“ po ramenou či zádech. (7) Dotyky či pohlazení je výsadou rodičů, které hladí svoje děti. (62)
- *Doteky na veřejnosti* – líbání mileneckých párů na veřejnosti je ve Vietnamu nepřístupné, zato objímání a doteky mezi přáteli a známými zcela běžné.
- *Oblečení* – být slušně oblečen, upraven je projevem slušného chování. Vietnamské ženy takřka nenosí sukně, také jejich originální, elegantní sváteční kroj je složen z dlouhé a přiléhavé, na bocích rozšířené tuniky a dlouhých volných hedvábných kalhot. (7)
- *Smrkání do kapesníku* – je ve Vietnamu často považováno za neslušné a směšné.
- *Úsměv* - má v Asii, kromě pro nás tradičního významu, pocit radosti, humoru a veselosti několik dalších významů. V kontextu nepříjemné situace nebo v nesnázích chce mluvčí zmírnit fakt, že se svými problémy obtěžuje. Úsměv často vyjadřuje i omluvu i v případech, že dotyčný nerozumí projevu mluvčího. (62)

- *Pohled do očí* – při rozhovoru Vietnamci vnímají jako nezdvořilé a nepříjemné, když se jim díváte do očí, může to vyjadřovat domýšlivost nebo povýšenost.
- *Byliny* – Vietnamci jsou proslulí tím, že nejprve zkoušejí domácí léčení (byliny, spirituální obřady). (65)
- *Otázky týkající se zdraví a rodiny* – setkáte-li se s Vietnamcem, rozumí se samo sebou, že po úvodním pozdravu zapředou obě strany hovor na téma zdraví a rodina. Patří k dobrému vychování, že se velmi podrobně zajímáte o partnerův zdravotní stav a on činí na oplátku totéž. Evropanům se někdy mohou zdát konkrétní informace o zdravotním stavu příliš důvěrnou, osobní záležitostí. Vietnamec však chce dát najevo nejen osobní zájem o vaši osobu, ale chce Vám i pomoci, například tím, že Vám doporučí zkušeného lékaře nebo osvědčenou medicínu. (62)
- *Levá ruka* – se v Asii používá k umývání pozadí po toaletě, proto je považována za nečistou, neberou do ní jídlo, nepodávají si věci apod. (14)

### **1.10 Rodinné ošetřovatelství, rodinná sestra a vietnamská komunita**

*Rodinné ošetřovatelství* pomáhá rodině při udržování zdraví a vypořádání se zdravotními problémy. Zabezpečuje spoluúčast rodiny na prevenci, zabezpečuje ošetřovatelskou péči o dlouhodobě a chronicky nemocné, spoluúčast rodiny při umírání.

*Cíl rodinného ošetřovatelství:* spolupracovat se všemi rodinami, podpořit a udržet zdraví, předcházet chorobám, spolupracovat s rodinným lékařem, poskytovat ošetřovatelskou starostlivost. Rodinné ošetřovatelství se bezprostředně týká každého člena rodiny, zdravých i nemocných.

*Rodinná sestra* zabezpečuje nepřetržitou rodinnou ošetřovatelskou péči rodinám v zájmu zdraví, prevence nemoci a poskytování ošetřovatelských služeb podle zdravotního stavu členů rodiny. Rodinné sestry analyzují a řeší pacientovy somatické, psychické a sociální problémy. Znají podmínky, ve kterých členové rodiny žijí a pracují, rodinné zázemí, vliv fyzického prostředí na zdraví rodiny.

*Rodinná sestra a vietnamské rodina* – pro jednoduchost a aplikovatelnost v našich podmínkách využíváme pro získání údajů „dlouhodobý odhad“ ošetrovatelského modelu M. Leiningerové.

Role rodinné sestry ve vietnamské rodině je u nás v současnosti neznámá – neexistuje! Její přijetí vyžaduje další strategické změny, jasné a vzájemné chápání rolí. Pevně věříme, že inovační trendy v ošetrovatelství primární péče tento nedostatek postupně odstraní. Předpokládáme, že pojmy rodinný lékař, rodinná sestra budou obsahem kurikul ve vzdělávacím systému zdravotnických pracovníků. Vhodné vzdělávací programy, zavedení odpovídajícího legislativního rámce a prostředků na jeho uplatnění je dalším důležitým krokem moderního ošetrovatelství. (55)

### **1.11 Romové v ČR**

Mezi problémy, které sleduje historická věda a kulturní antropologie, patří nepochybně otázka etnogeneze, etnonymu i sociální příslušnosti Romů. I když otázka původu Romů byla již dávno vyřešena, existují stále určité nejasnosti a pochybnosti o etnicitě. (6)

Historické a etnografické analýzy vypovídají o tom, že Romové nikdy nebyli považováni za rovnocenné příslušníky české společnosti či právoplatné občany českého státu, ale že jejich místo bylo na okraji. (43)

#### **1.11.1 Stručný přehled dějin Romů**

- 3.-5./9.-10 století. Migrace Romů z oblasti Indického Rádžasthánu ve dvou hlavních vlnách.
- 13. století. Příchod Romů do střední Evropy. Na našem území se objevují Romové koncem 14. nebo 15. století.
- Ve 14.-15. století. Přijímali evropští obyvatelé kočovníky, kteří se vydávali z křesťanské poutníky, celkem shovívavě. Postoj majoritní společnosti vůči Cikánům se zhoršuje poté, co pařížský arcibiskup exkomunikoval v roce 1427 Romy z církve.

- 16. století. Říšský sněm císaře Maxmiliána I. vydal v Augsburgu edikt, podle kterého „měli Cikáni co nejrychleji opustit země německého národa“ pod hrozbou fyzických trestů a smrti.
- 17. století. V Čechách a na Moravě je situace pro Cikány příznivější, přesto i zde platí četná nařízení a sankce. Tvrdý postup uplatňoval proti Cikánům v českých zemích především Ferdinand I., který vydal mandát uzákoňující jejich útlak.
- 18. století. Pokus o asimilaci a násilné usazování Cikánů za vlády Marie Terezie a Josefa II. Nesměli být nazýváni Cikány, ale novosedláky, měli zakázáno mluvit cikánsky, nosit svůj tradiční oděv, kováři nesměli pracovat svým tradičním způsobem vsedě, ale vestoje, děti byly odjímány svým matkám a posílány na převýchovu.
- 1939-1945. Druhá světová válka a s ní spojená genocida Romů.
- Po roce 1945 migrace slovenských Romů do Čech a na Moravu, do měst i do pohraničních oblastí. Přijíždí nejen „kočovní“ olašští Romové, ale i tradiční usedlé rodiny.
- 1958 Zákon č.74 Sb.Zákon o trvalém usídlení kočujících osob.
- 1969 Ustavení Svazu Cikánů-Romů v České i Slovenské republice.
- 1971 8.-12. dubna se konal v Londýně I. světový kongres Romů, byla zde ustanovena mezinárodní romská unie (IRU).
- 1990 V březnu byla registrována Romská občanská iniciativa, první romská politická strana v československé historii. Romskou problematikou se na vládní úrovni zabývá Rada pro národnosti vlády České republiky.
- 1991 při sčítání lidu si mohli Romové konečně zvolit romskou národnost. Přihlásilo se k ní pouhých 33 000 Romů, ačkoli celkový počet Romů v ČR se odhaduje asi na 160 000 – 250 000.
- Exodus českých Romů do Kanady, Anglie, Francie...(34)

Kana o Sunto ostilav djiv le gaženge,  
 akhardas vil e romen  
 te del  
 De le romenge nas gono,  
 ke čore sas.  
 Kana phende le roma le Suntone Devleske:  
 „Suntona Devla,  
 amence de ande gaženge gono!“  
 Taj o Sunto Del merilas o djiv  
 ande gaženge gono.  
 Pala kodo le gazé  
 či kamel te den o djiv,  
 hiaba mangle le kodo.  
 Azir čoren le roma  
 Katar le gaže.

Když Bůh svatý rozdával *gadžům* pšenici  
 zavolal také Romy,  
 aby jim nějakou dal.  
 Ale Romové neměli pytel,  
 protože byli chudí.  
 Tak Romové řekli Bohu svatému:  
 „Drahý Bože svatý,  
 dej tu naši do pytle *gadžů*!“  
 Tak Bůh svatý nasypal pšenici  
 Do pytle *gadžů*.  
 Potom, ale *gadžové*  
 nechtěli dát pšenici (Rómům)  
 ani když o ni Romové žádali.  
 A proto Romové kradou  
*gadžům*.

(60)

### **1.11.2 Příklad Romů do Evropy**

Odchod Romů z Indie probíhal v migračních vlnách vzdálených od sebe několik staletí, patrně v rozmezí 3. – 10. stol. n. l. cesty Romů z indického subkontinentu směřovaly stále na západ. Dnes žijí Romové téměř na celém světě, ale například do Austrálie nebo Ameriky se dostali až s vlnou ostatních přistěhovalců z Evropy v 19. a zejména 20. století. (23)

### **1.11.3 Cikáni nebo Romové?**

Cikán – tedy jedno z nejrozšířenějších názvů příslušníků této etnické skupiny v Evropě. Výraz Cikán se nejčastěji odvozuje ze slova athingan. Pro vztah většiny k rómské menšině je příznačné, že tímto jménem byli Romové nazýváni výhradně svým okolím – jedná se tedy o apelelativ, aniž by jej sami kdy akceptovali.

Slovo rom je velmi starého původu a má patrně základ ve slově dom, které bylo souhrnným označením příslušníků indických kast s podobným sociálním statutem. (23)



Termín Rom (v prurále Roma – Romové) je souhrným označením několika etnických skupin, které mají společný původ, společné kulturní rysy a osobité charakteristiky. (16)

#### ***1.11.4 Manželství***

Romská manželství tvoří stále relativně vysoký počet dlouhodobých soužití druha a družky, která má podobu volného svazku, zvaného Romy životem „na víru“. (44)

Mezi rolí muže a ženy existuje viditelný rozdíl. Žena zabezpečuje chod rodiny, vychovává děti a poslouchá svého muže. Muž je hlavou rodiny a nositelem prestiže. Rozhoduje a nese odpovědnost za rodinu. Jeho výdělek je spíše příležitostný, proto tráví většinu času scháněním zakázek, prací a udržováním dobrých vztahů s příbuznými a přáteli. Vnější projevem podřízeného postavení ženy je zvyk chodit několik kroků za mužem. (16)

#### ***1.11.5 Rodina***

Rodina pro Romy znamenala téměř vše, neboť uspokojovala základní životní potřeby jejích členů. Romové byli při kočování na okolní společnosti zcela nezávislí, ale uvnitř rodiny byli na sobě naopak závislí beze zbytku. Rodina byla zdrojem obživy, měla funkci vzdělávací (chlapci se učili v rodině řemeslu, dívky starat se dobře o děti a o manžela) a také funkci ochranou. Romové se proto se svoji rodinou velmi identifikovali.

Mluví-li o rodině Češi, mají většinou na mysli svoji ženu, muže, děti, rodiče, sourozence. Známe samozřejmě i své další příbuzné - strýce, tety, bratrance, sestřenice, synovce, neteře, tchány, tchýně, švagry či švagrové, ale ty už spíše považujeme za vzdálenější příbuzné, se kterými se tak často nestýkáme.

Romové však považují za své blízké příbuzné všechny a romština má narozdíl od češtiny pojmenování i pro děti sestřenic či bratranců. Romové žili se svojí širší rodinou pohromadě v jedné osadě či čtvrti a kromě pokrevního příbuzenství je pojily

i rodinné tradice a vzájemná solidarita. Největším trestem pro Roma bylo tudíž jeho vyhnání z rodiny, neboť tím ztrácel veškeré sociální i lidské jistoty.

Rodina posilovala svoji prestiž počtem narozených dětí, především chlapců, neboť jak praví jedno romské přísloví „*O čhave hin zor - V chlapcích je síla.*“ Jako prvorozené dítě si mladí manželé proto přáli chlapce (muži určitě, ženy však ve skrytu duše doufaly, že první dítě bude děvče, které by bylo pro matku významnou pomocnicí v "ženských pracích"). Každé další dítě bylo vřele vítáno. Výchovu dětí měla na starosti především matka, ale o dítě se starali i ostatní členové velkorodiny. Romské děti vyrůstaly obklopeny třemi, někdy i čtyřmi generacemi v soudržném a okolnímu světu uzavřeném společenství.

*„Ajsi romňi kempel, savi moro anel.“  
“Lačhi romňi kerel jekha konuratar duj.“*

*“Správná žena umí obstarat chleba.“  
“Správná žena udělá z jedné koruny dvě.“*  
(Neznámý autor)

V romské rodině tak jako v české existoval rozdíl mezi rolí muže na ženy. Romská žena byla vychovávána tak, aby se dokázala o rodinu postarat. Povinností ženy bylo zabezpečit chod domácnosti, vychovávat děti a poslouchat svého muže. Žena měla často ekonomicky důležitější roli, neboť to byla ona, kdo musel zabezpečit přežití rodiny - zajistit jídlo, oblečení. Jídlo musela sehnat jakýmkoli způsobem, buď za vykonání nějaké práce pro gádže - sedláky (vymazávání pecí, práce na poli), sběrem lesních plodů (borůvky, maliny, šípky aj.) nebo i žebráním.

Romský muž byl navenek i uvnitř hlavou rodiny, nositelem a ochráncem prestiže rodiny, rozhodoval a nesl odpovědnost za rodinu. V mnoha rodinách byl výdělek muže pouze příležitostný, a tak muž trávil svůj čas sháněním zakázek, udržováním dobrých vztahů s příbuznými a přáteli, urovnáváním svárů mezi rodinami.

V romské rodině se všichni členové vzájemně podporovali a pomáhali si. Svobodní (kteří jsou i dnes mezi Romy velkou vzácností) zůstávali u rodičů, sirotků se ujímala jiná rodina, staří lidé byli opatrováni a hluboce váženi, nebyli vyloučeni ze života rodiny. Pro romskou rodinu bylo nemyslitelné dát děti do dětského domova nebo rodiče do domova důchodců. Romští rodiče dokonce odmítali posílat své děti do internátů, kde by byly bez dozoru a pomoci rodiny.

Romská rodina tedy zajišťovala ochranu sociální (nikdo nezůstal sám, o všechny bylo postaráno), psychologickou (veškeré problémy se řešily společně) i ekonomickou (poskytovala obživu pro všechny). (52)

Mnohé rodiny stále žijí ze dne na den: kolem termínů výplat a záloh jsou soustředěny tučné dny, zatímco zbývající čas vyplňují dny hubené. (44)

#### ***1.11.6 Komunikace***

Komunikační styl Romů je zcela odlišný od stylu příslušníka majority střední Evropy v mnoha směrech. Romové mají úžasné vyvinutý smysl pro poznání člověka pouhým okem a intuicí. Při jakékoliv komunikaci zpracovávají možná ještě více než 95 % informací mimoslovních. Dokáží „přečíst“ podtext každé věty. Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší než v našich kulturách.

Rom se nebojí kritiky, je-li míněna upřímně a pronášena taktně. Veřejné zostuzení je však vnímáno jako velmi kruté. Mezi Romy je podávání kritiky uměním. Používají dovednosti kritizovat problém, nikoliv člověka. (16)

#### ***1.11.7 Vzdělání***

Úroveň vzdělání romské populace je v důsledku časté neznalosti českého jazyka, horších sociálních podmínek ve výchově dětí i podceňování úlohy vzdělání a kvalifikace neobyčejně nízká a projevuje se značnou ngramotností ve starších věkových skupinách. (44)

Děti se učí v rodině celý život, ale jinak tradiční Romové našemu školnímu vzdělání nepřipisují velkou důležitost. Je to způsobeno nejen jeho hodnotovým žebříčkem, ale i tím, že si jeho majoritní společnost neuvědomovala jazykovou bariéru

romských dětí a tím jim vlastně ani nevytvořila příležitost si školu oblíbit či dosáhnout výraznějších úspěchů. U olšských Romů je tato nechuť ovlivněna i jiným faktorem – dítě, které získává vzdělání, se může rodině odcizit a může se stát „gadžem s hnědou kůží“. V důsledku toho mohou nastat určité problémy, jako např. pozdní nástupy dětí na povinnou školní docházku, nepravidelná životospráva ve spojení se školní přípravou, absence podporovaná rodiči. To však neznamená, že si nepřejí být moudří. (16)

#### ***1.11.8 Jak vnímá romská kultura zdraví a nemoc***

K psychickým zvláštnostem (zvláště v období nemoci) Romů patří, že mohou mít slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Bez své rodiny jsou často nesamostatní, mají strach a tyto komplexy méněcennosti se mohou projevat zvýšenou agresivitou a neochotou se zdravotníky spolupracovat. Zato jsou spontánní, mají živý temperament velkou citlivost vůči nespravedlnosti. Je nutno v české populaci zdůrazňovat, že se nejedná o patologii. Jde o zvláštnosti ve vztahu k psychice a způsobům komunikování v majoritní společnosti. Pokud by jim byla zdravotnická péče poskytována v jiných zemích, než jsou státy tzv. západní medicíny, nemusely by být tyto projevy zmiňovány jako zvláštní, ale naopak normální, zatímco projevy naší společnosti by se jevíly jako neobvyklé.

Zdraví zaujímá třetí příčku v romském hodnotovém řebříčku (po lásce a rodině). Romové vnímají zdraví jako celistvou jednotu individuální, společensko, fyzickou, duševní, kulturní a multikulturní. Zdraví podle nich znamená nejen fyzickou odolnost, ale také určité sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti.

Ošetřování romských pacientů bývá pro zdravotníky po psychické stránce poměrně náročné. Největší problémem se jeví nedůvěřivost Romů vůči zdravotnickému personálu.

Dalším problémem bývá komunikace s rodinou pacienta. Velmi důležité je zjištění, komu poskytnout informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu jednat. Zpravidla touto osobou bude muž – hlava rodiny nebo muž, který je rodině velmi blízký.

Romové cítí velký strach z bolesti a smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Bývají velmi emotivní, často a nahlas sténají. Ženy bývají úzkostné a mnohé

mohou špatně snášet hospitalizaci. Většinu lékařských rozhodnutí konzultují se svou rodinou. (16)

### ***1.11.9 Jak vnímá romská kultura staří***

Díky tomu, že byli Romové tolik orientovaní na svou rodinu, a mladí bydleli pohromadě se staršími členy rodiny, nacházeli staří lidé uplatnění při výchově vnoučat. Staří lidé byli respektováni jak svými dětmi, tak svými vnoučaty. Jejich názor měl velkou váhu a nikdy nebyli zatracováni jako nepotřební členové rodiny.

### ***1.11.10 Jak vnímá romská kultura akt smrti***

Mimořádnou pozornost Romové věnovali obyčejům při úmrtí člověka.

Dodnes je u nich zachovaná představa, že pro umírajícího si přichází někdo z dříve zesnulých členů rodiny, který u něj zůstává až do pohřbu a odvádí ho na onen svět. Do rakve se vkládají mrtvému jeho osobní předměty, i když jsou hodnotnější: prsteny, náušnice, hodinky, housle, kytara, ale i fajfka, cigarety, brýle, lahvička s alkoholem, karty a pokud byl věřící, tak i modlitební knížka a růženec. Do ruky nebo do kapsy vloží rodina zesnulému peníze (nejčastěji drobné mince). Od chvíle skonu až do pohřbu při něm bdí – „vartují“.

Chování při vartování má svá ustálená pravidla: hrají se karty, vyprávějí se příhody ze života zesnulého, nesmí se zpívat, tancovat, přit'ukávat skleničkami. Každý před vypitím své první skleničky odleje nejdříve trochu na zem - na památku zesnulého. Nějaký čas po pohřbu navštíví nebožtík pozůstalé, aby jim dal najevo, jak byl spokojený se svým pohřbem, svou přítomnost projevuje různými znameními, zvuky, zjevuje se ve snech. Pohřby Romů bývají různě nákladné, okázalé jsou zejména u olašských Romů, kde se můžeme setkat s rakví s proskleným víkem, hrobovou jámou vystlanou vzácnými koberci apod.

Dalším zvykem, který Romové dodržovali při úmrtí, bylo pálení osobních věcí zemřelého. (52)

“De le phuren pa’iv, bo the jekhvar aveha phuro.”  
“Bud’ uctivý ke starým lidem, i ty budeš jednou starý.”

(Neznámý autor)

(52)

### **1.12 Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče**

Tato kapitola věnuje pozornost etickým povinnostem zdravotnického pracovníka ve vztahu k multikulturní/transkulturní společnosti a tomu, jak postupovat při setkání s pacientem z jiného kulturního prostředí, jak zajistit zdravotní péči v souladu s odlišnými kulturními hodnotami sestry/zdravotníka. Můžeme mít pocit, že jde o obecně platné etické normy, postupy, jednání, ale není tomu tak, protože při jednání a léčení pacienta z jiného kulturního prostředí mohou být některé detaily, kterým nepřikládáme v naší kultuře význam, zdrojem etického konfliktu.

Cílem zdravotnické etiky je také vhodným způsobem usilovat o uspokojení nejen terapeutických, psychických, ale také sociálních, kulturních a duchovních potřeb pacientů.

Kulturní pravidla určitých etnik mohou být pro nezasvěcené někdy těžko pochopitelná, ale mají mocný vliv na rozhodování. **Ošetřování je kultura a má kulturní a etickou hodnotu.** (31)

#### **1.12.1 Etika, etické teorie**

Etika (morální filozofie) je věda o mravnosti. Věda o tom, jak by se měl člověk chovat, o hodnotách, které by měl uskutečňovat. (31)

Termín etika se používá pro odvětví filozofie, které zkoumá ideální lidské chování. Morálka je termín používaný pro obecná pravidla společenského a osobního chování a praktiky nebo činy, které se z těchto pravidel odvozují. Zatímco termín „morální“ se někdy používá k posouzení toho, zda je nějaký čin správný, nebo špatný, na poli etiky výrazy „etický“ a „morální“ neodkazují ke správnosti nebo špatnosti činů, ale ke kategorii nebo třídění činů, které náležejí do etiky. (13)

Etická teorie má za cíl vytvořit mechanismy pro řešení našich morálních problémů v nichž se uplatňují tři hlavní principy:

1. Hodnota života: zde máme na mysli hodnotu morální. Drahocennost života je všeobecně uznávaným principem.
2. Kvalita života: někteří do ní začleňují kvalitu životního stylu... Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem. O kvalitě cizího člověka si můžeme udělat jen přibližnou představu, která bude ovlivněna našimi postoji a zkušenostmi.
3. Posvátnost života: princip posvátnosti života vyplývá zpravidla z náboženských postojů. Uznávají jej však i lidé, kteří nejsou religiózní a řídí se vlastními etickými kodexy. Nikdo obvykle nezpochybňuje právo člověka na život, které je zakotveno v Úmluvě o lidských právech. (31)

### ***1.12.2 Práva pacientů***

Neexistuje žádný jednoduchý návod, jak pomoci pacientům/klientům přicházejících z jiného kulturního, náboženského a sociálně-ekonomického prostředí. Kulturní rozhled však rozhodně pomáhá snižovat etický stres a množství konfliktů. Je žádoucí naslouchat, když pacient/klient vysvětluje proč se právě chová tak jak se chová. Sestry by si měly uvědomit, že naše střeoevropská kultura není jedinou normou a některé jiné kultury se značně liší od její normativnosti, utilitářství i neontologických schémat. Jedním z nejběžnějších mýtů mezi sestrami je přesvědčení, že západní morálka je ve světě všudypřítomná. Etické aspekty chování však nejsou všude stejné a jsou vázány na danou kulturu. Proto je potřeba, abychom pochopili, proč určitá kultura zakládá svůj etický kodex právě na tom, na čem ho zakládá.

Jednotlivé kultury si z generace na generaci předávají své kodexy, přesvědčení, zásady, regulativy. Od sester se dnes očekává, že porozumí rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a umírání. Mnoha závažných etických problémů se vyhneme, případně je pomůžeme řešit, když si zachováme otevřený a zvědavý postoj a chováme se s citem.

Při hledání společné základny se vyplatí hledat mezi kulturou pacienta/klienta a zdravotníka podrobnosti: podobné symboly a postoje, případně slovní obraty. Sestra musí obezřetně zacházet zvláště s citlivými otázkami. Měla by mít na paměti,

že i v rámci jedné kultury mohou být odlišnosti mezi jednotlivými sociálními třídami či mezi muži a ženami.

Evropská rada Světové zdravotnické organizace o právech pacientů schválila v Amsterdamu ve dnech 28.-30. března 1994 dokument *Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec*. Je to soubor zásad na podporu uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU... Na několika místech je zdůrazněno, že při poskytování zdravotnické péče musíme 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 klientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když 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 kultur a žebříčku hodnot.“** (31)

### *1.12.3 Mezinárodní kodex sester*

Mezinárodní kodex sester (ICN z roku 1973) uvádí, že setra je odpovědná hlavně těm lidem, kteří vyžadují ošetrovatelskou péči. Při poskytování ošetrovatelské péče setra podporuje prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jednotlivců. Rodina většinou představuje nejdůležitější sociální skupinu, a hraje proto vedoucí roli při obnově zdraví. Pokud je to možné, měla by sestra brát rodinu jako důležitou součást řešení etického konfliktu.

Ošetrovatelství podporuje přínos individuálního dobra i přínos dobra obecného. Kodex sester ICN uvádí, že setra zajišťuje ošetrovatelské služby jednotlivcům, rodinám a komunitám. Službou jednotlivci se však rozumí, že respektuje přesvědčení, hodnoty a tradice jednotlivce a činí vhodné kroky k ochraně jednotlivce, je-li jeho péče ohrožena. (31) (Charty práv pacientů - příloha IV.)



Ošetrovatelská etika je definována jako teorie o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Za zakladatelku úvah v této oblasti se považuje F. Nightingalová.

#### ***1.12.4 Etické normy v ošetrovatelství***

V roce 1991 skupina vybraných odborníků, kteří se zúčastnili kurzu v problematice vzdělávání v ošetrovatelství v Modré u Bratislavy, vypracovala soubor etických norem v ošetrovatelském povolání.

- Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti a jeho hodnoty a důstojnosti i bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení – *akceptace klienta*.
- Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví – *edukce, prevence, realizace ošetrovatelského procesu*.
- Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. Uzdravení z nemoci – *diagnostika adekvátních diagnóz a realizace plánu*.
- Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi – *sebevzdělávání, aplikace poznatků*.
- Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, anebo přispěla k důstojnému umírání – *empatie, realizace ošetrovatelského plánu*.
- Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledku ošetrovatelského procesu – *rozhovor, pozorování a hodnocení*.
- Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi – *motivace, edukace*.
- Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje – *měření, pozorování*.

- Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných –*sebevzdělání, předávání poznatků*.
- Sestra musí znát nejen etické kodexy, které mají vztah k její profesi, ale je nutné seznámit se podrobně i s právy našich klientů. (35)

### **1.12.5 Mravní kultura osobnosti**

Slušné a zdvořilé chování je základní, integrální součástí mravní kultury osobnosti. Úroveň mravní kultury osobnosti poznáme ve schopnosti hledat a nacházet optimální řešení mravní situace, v umění realizovat ho kultivovaným způsobem v životní praxi. Je nesmírně důležité, aby všichni pracovníci ve zdravotnictví hledali takové cesty k řešení mravních problémů, které by respektovaly základní hodnoty života.

Mravní kultura osobnosti souvisí:

- s rozvojem mravního myšlení,
- s činností autoreglativního mravního systému,
- s procesy mravního poznání, uvažování, prožívání a hodnocení.

Projevuje se hlavně ve schopnosti správného mravního úsudku. Každý člověk je etikem sám sobě. V tom se projevuje jeho mravní síla, životní moudrost a mravní zkušenost. Mravní kultura zdravotnického pracovníka je jednou ze základních charakteristik étosu zdravotnických pracovníků. Základním principem etiky je úcta k životu.(31) (Etický kodex sester – příloha III. )

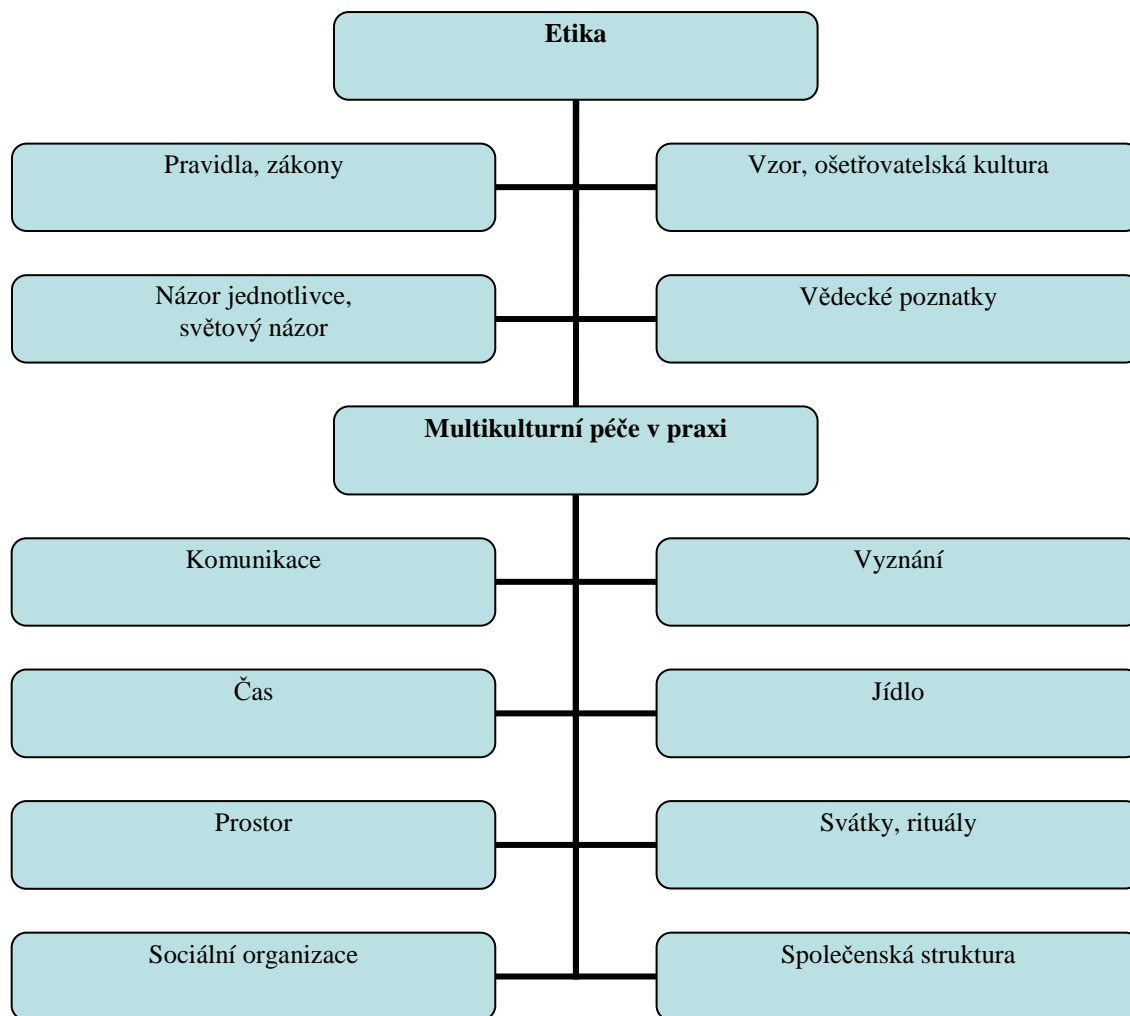
### **1.12.6 Zásady multikulturální/transkulturální ošetrovatelské péče z etnického hlediska**

1. Zásady 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 časného monitorování etických a morálních veličin tak, aby nám pomohly rozlišovat mezi potřebami různých kultur. (31)

### ***1.12.7 Složky kulturního hodnocení z etického hlediska***

Při poskytování péče cizímu pacientovi/klientovi v našem kulturním prostředí by se sestry měly seznámit se systémem kulturních hodnot dané země či prostředí, aby pak mohly naplňovat své etické poslání. Základy multikulturní/transkulturní musejí mít nutně vztah k etickým aspektům. Sestra by měla sledovat:

- *Rodinné systémy* – Jaká je rodina? Žijí členové spolu? Jaké jsou komunikační vzory mezi členy rodiny? Jaké jsou role a postavení jednotlivých členů podle věku a pohlaví?
- *Sociální život* – Jaký je denní program? Jaké jsou důležité události životního cyklu, jako je narození, manželství, smrt, atd.? Jak je orientován výchovný systém? Jaké sociální problémy prožívají v etnické skupině?
- *Politický systém* – Které faktory z politického systému ovlivňují způsob vnímání postavení skupiny tváří v tvář dominantní kultuře, zákonům, soudům, spravedlnosti a „kulturním hrdinům“?
- *Jazyk a tradice* – Jsou zde rozdíly v nářečí nebo mluveném jazyce mezi zdravotnickými profesionály a kulturní skupinou? Jak mohou kulturní tradice většiny ovlivňovat kulturní identitu skupiny? Jaké jsou společné modely jazyka vzhledem k verbální či neverbální komunikaci? Jak je využíván osobní prostor ke komunikaci?
- *Světový pohled, orientační hodnoty a světové normy* – Jaké jsou kulturní hodnoty většiny ve vztahu k přírodě a k sobě navzájem? Jak můžeme popsat morální zásady skupiny? Jaké jsou normy a zásady chování? Jaké jsou kulturní postoje k času, práci a odpočinku?
- *Náboženství* – Jaké jsou náboženské zásady a praktiky skupiny? Jak souvisí se zdravotnickou praxí? Jaké jsou rituály a zákazy obklopující hlavně životní události, jako jsou narození a smrt?
- *Zdravotní základy a praxe* – Jaké jsou skupinové postoje a víra s ohledem na zdraví a nemoc? Hledá kulturní skupina péči domorodých zdravotníků a lidských léčitelů? Jsou zde biologické odlišnosti, které jsou důležité pro zdraví této rodiny? (31)



**Obr.4** Shrnutí transkulturních modelů a teorií (model Leiningarové, Gigerové a Davidhizarové) (31)

### 1.13 Komunikace

Pokud uvádíme etické hodnoty do praxe, děje se tak nejen přístupem k ošetřování nemocného, ale jako prostředku užíváme komunikativní dovednosti. Komunikace je závažná problematika a její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi, znalostmi jazykovými, interkulturními rozdíly, společenskými zvyky jiných etnik. Interkulturní komunikace představuje rozvinutou interdisciplinární oblast.

Komunikace je pro sestru celoživotní proces učení se. Komunikace má v ošetřovatelství své důležité místo. Navzdory tomu, je často příčinou bariéry mezi sestrou a pacientem/klientem, především tehdy, když jsou oba z různých kultur. Když nemluví stejným jazykem nebo jejich komunikační schémata jsou odlišná, mohou mít pocit odsouzení a bezmocnosti. (32)

Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významů mezi lidmi. Základem komunikace je mezilidské spojení, to znamená, že přenos se děje od člověka k člověku. Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky, postoje. Latinské slovníky vysvětlují význam slova komunikace: „communicare est multum dare“, tj. „komunikovat znamená mnoho dávat“.

V rámci sociální interakce se využívají tyto druhy komunikace: verbální, nonverbální a para-lingvistická. I přes to, že se v komunikaci vyskytují všechny současně, nemají stejné procentuální zastoupení. (28)

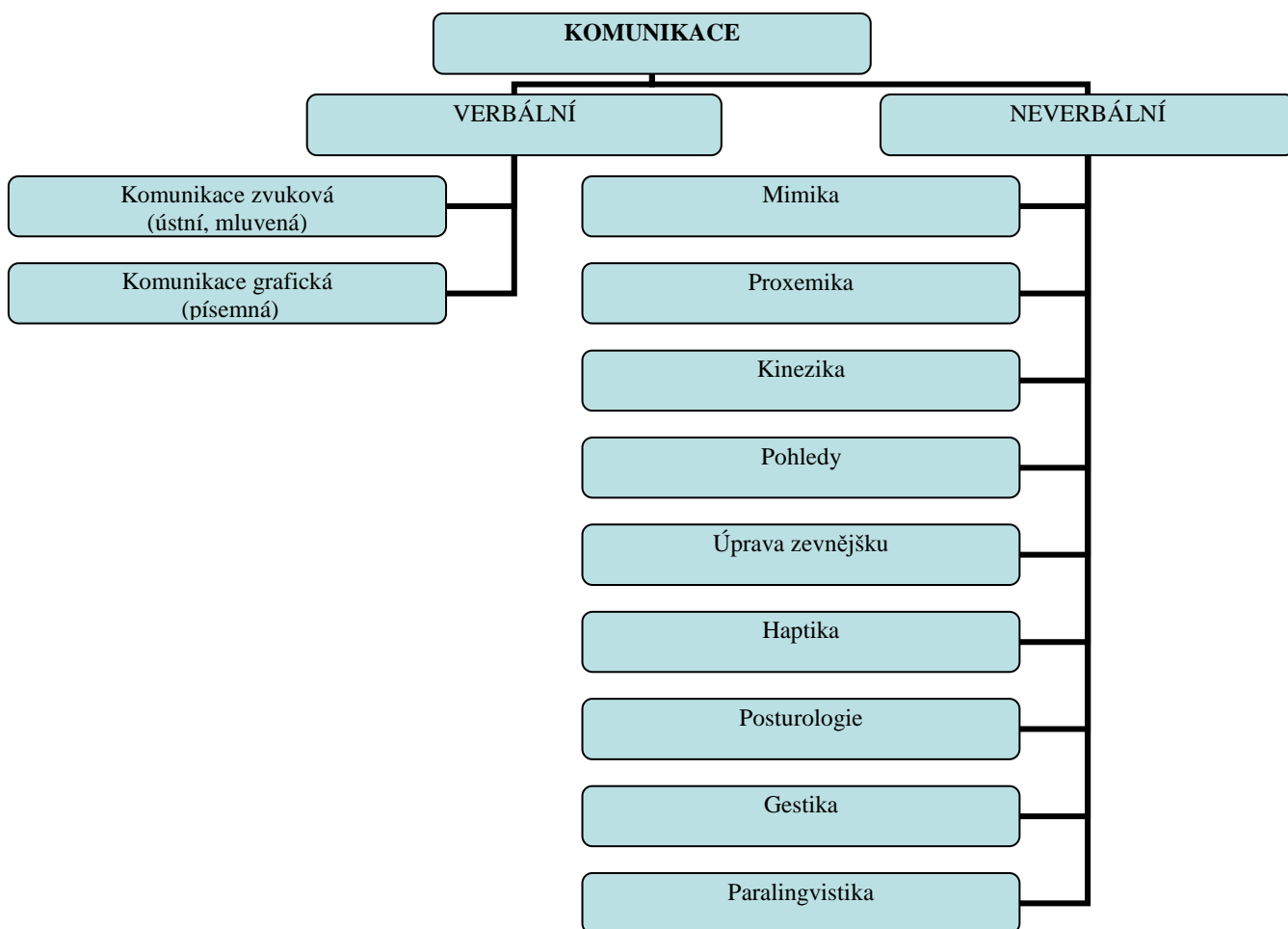
V interkulturní komunikaci existují dvě vrstvy: jedna je spjatá s jazykem, s jehož pomocí se komunikuje a druhá, která je spjata s konvencemi a rituály, které doprovázejí sociální styk. Tato druhá vrstva komunikace (neverbální) bývá také označována jako komunikační etiketa. (26)

Podle dráhy, kterou komunikace probíhá (druhy smyslového orgánu, jímž příjemce neverbální signál dekóduje) rozlišujeme tyto kanály:

- Optické – gesta, pohledy, dotyky.
- Taktilní – dotyky.
- Akustické – parajazykové projevy.
- Čichové – vůně, pachy.
- Chuťové – sladký, hořký, ostrý.

Z pohledu ošetrovatelství mohou vzniknout při komunikaci s cizinci tyto problémy:

- Poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou.
- Nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta.
- Sociální izolace.
- Nesprávný přístup k léčebnému režimu. (32)



**Obr. 5** – Schéma komunikace (autorka)

### ***1.13.1 Zásady při komunikaci s klienty z jiných kultur***

Základní zásada při oslovování klientů z jiné kultury ve zdravotnické praxi je zeptat se, jak si přeje být oslovován. Je také možné, že jméno nebudeme umět dobře vyslovit, což je další důvod, proč se na oslovení zeptat. Když nás klient naučí, jak jej správně oslovovat, vyhneme se tím nejenom chybě, ale také je to způsob, jak navázat vztah s klientem a dát mu najevo, že o něj máme zájem. Mělo by být samozřejmostí, že se také my klientovi/pacientovi představíme a řekneme, jak si přejeme být oslovováni. (25)

Lidé jiné etnické a kulturní skupiny mohou mluvit plynule jazykem své skupiny, ale nemusí dobře ovládat jazyk státu, ve kterém žijí. Když tito lidé onemocní, ve většině případů neumí popsat své potíže ani odpovídat na otázky zdravotníků. Jiní lidé se sice novou řeč naučí, ale ve stresové situaci jako je např. onemocnění ji nejsou schopni přiměřeně používat. Je důležité, aby si sestry uvědomovaly přítomnost jazykové bariéry, aby byly schopny uspokojit potřeby pacienta.

Jazykové bariéry mohou vyvolávat frustraci nebo úzkost minimálně v tom případě, kdy nemocná osoba nemůže vyjádřit své potíže nebo není schopna porozumět instrukcím.(27)

### ***1.13.2 Multijazykové, komunikační karty***

V rámci závěrečné práce bakalářského studia ošetrovatelství na Olomoucké LF UP bylo v březnu 2003 v NsP ve Vyškově provedeno dotazníkové šetření zabývající se problematikou komunikace zdravotníků s pacienty – cizinci. Na jeho základě byla navržena opatření včetně multijazykových komunikačních karet, které byly zařazeny do projektu – Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Projekt si klade za cíl pomoci zdravotníkům a zdravotnickým zařízením s překonáváním komunikačních bariér při péči o cizince, kteří budou léčeni a ošetřeni na území ČR.

Reakcí na zjištěné poznatky bylo vytvoření multijazykových interakčních komunikačních karet. Jejich prostřednictvím se může zdravotník doptat především na pacientovy základní biologické potřeby a částečně i na potřeby vyšší. Karty lze

použít při příjmu a seznámení pacienta s oddělením, k posouzení stavu jeho potřeb, dále ke zdůraznění zákazů (např. nejíst, nepít, nechodit). Karty jsou přeloženy do šesti jazyků: angličtiny, němčiny, ruštiny, polštiny, vietnamštiny, a arabštiny. Všechny obsahují část obrázkovou a slovní. (10)

### ***1.13.3 Komunikace s cizincem přes tlumočníka***

- Nechat klientovi a tlumočnickovi počáteční čas na vzájemné se představení se.
- Mluvit pomalu, v krátkých větách, ponechat čas tlumočnickovi, aby mohl přeložit text.
- Adresovat otázky přímo na klienta, ne na tlumočníka.
- Ověřit si, zda tlumočnick zná nejen jazyk, ale také kulturní podmíněnost.
- Trvat na tom, aby tlumočnick překládal přesně, co klientovi říkáme, a nemodifikovat překlad.
- Na závěr vždy poděkovat tlumočnickovi za překlad. (32)

### ***1.14 Strasti poskytování kvalitní multikulturní péče***

Kulturně rozmanitá zdravotní péče se poskytuje v různých zdravotnických zařízeních. 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 s vlastním inventářem kulturních norem. Identita člověka nalézá své vyjádření i v osvojených kulturních zvyklostech.

Sestra musí vykonávat péči o obnovu zdraví v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. Profese sestry-ošetřovatelky je tradičně spojena s morálními nároky. Nejde jen o odborné znalosti, zručnost a dovednosti, ale také schopnost eticky jednat s lidmi a umět spolupracovat. Jde vždy o dobro, které má různé konkrétní podoby. Velký okruh problémů ošetřovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný. Když hledá sestra blaho nemocného, nemusí to být totéž jako zájem pacienta a cíl jeho rodiny.

Při ošetřování 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. (33)

Odlišné kulturní vzorce a náboženství mají vliv na dodržování léčebného režimu.

Hospitalizace pacientů jiných etnických skupin klade velké nároky na ošetrovatelský tým. Pochopit jejich tradice a zvyklosti je klíčem k vybudování důvěry s následnou možností edukativního působení. (56)

#### ***1.14.1 Pravidla pro jednání s příslušníky menšin***

- Udělejte si na příslušníka menšiny čas, nesnažte se záležitost vyřídit co nejrychleji.
- Počítejte s jazykovými, kulturními bariérami, uvažujte o možných předsudcích na obou stranách, tedy i na vaší straně.
- Nechte příslušníka menšiny vyložit jeho pohled na zdravotní problém.
- Naslouchejte mu se sympatiemi a snažte se pochopit jeho pohled na zdravotní problém, odhadněte i důvody, které ho k němu pravděpodobně vedou.
- Vysvětlete mu svůj názor na diskutovaný problém a argumenty, které za nimi stojí.
- Upozorněte příslušníka menšiny na shody a rozdíly v jeho a vašem stanovisku a diskutujte podrobněji o rozdílech.
- Doporučte nejvhodnější způsob léčení pro daného pacienta v dané situaci, jak se jeví vám.
- Snažte se dospět k rámcové shodě o dalším léčebném postupu s ohledem na současné medicínské poznatky, zvyklosti zdravotnického zařízení i etnické a kulturní zvláštnosti pacienta. Rozumná míra kompromisu z obou stran je lepší, než vyhrocování neshod, zesměšňování, vyhrožování či otevřený konflikt s vážnými důsledky pro pacienta, zdravotníky i zdravotnické zařízení. (36)

#### ***1.14.2 Mýty a nepravdy v péči o pacienty jiných etnik a kultur***

- Není třeba přizpůsobovat péči nebo léčebné procedury tak, abychom do nich zahrnuli i kulturní odlišnosti, protože osoba se zdravým rozumem a inteligencí se může přizpůsobovat.
- Problémy minorit mohou být vhodně řešeny těmi, kteří jsou vyloženě připraveni je rozpoznat, a nebo těmi, kteří jsou členy té samé minority.
- Profesionální chápání znalostí a dovedností je neefektivní, tito pacienti mají malé, špatné verbální dovednosti a nespolutracují nebo setrvávají na bezprostředních rozhodnutích a jsou rezistentní ke změnám. (63)

#### ***1.14.3 Rady pro péči o pacienty/klienty jiných etnik a kultur***

- *Najít vhodný způsob komunikování* – komunikovat je možno nejen verbálně, ale i neverbálně.
- *Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností* – naše přesvědčení i činnosti se mohou zásadně odlišovat od přesvědčení a zvyklých činností našich klientů.
- *Chápat kulturní důvody chování klienta* – k tomu je třeba se aktivně zajímat, případně studovat kulturu, ke které náleží či ze které pochází náš pacient/klient.
- *Naslouchat a učit se dříve, než začnete radit* – jenom doporučením a instrukcemi se chování pacientů změnit nepodaří.
- *Pociťovat se do klientů odlišné kultury* – musíme si „obout jejich boty“, abychom se s nimi ztotožnili a dokázal lépe rozumět jejich přáním a problémům.
- *Projevovat úctu ke klientům a jejich kultuře* – je to jedna z cest jak bořit překážky ve vzájemné komunikaci.
- *Mít trpělivost* – vypěstování potřebného vztahu vzájemné důvěry, otevřenosti a respektu mezi klientem a zdravotníky vyžaduje jistý čas.
- *Analyzovat své chování* – uvědomování si sama sebe a svých vlastních kulturních hodnot je pro ty, kteří pečují o cizince, nezbytností. (63)

#### ***1.14.4 Poznat a respektovat***

Každá cílevědomá lidská bytost se řídí určitými pravidly. Při poskytování ošetrovatelské péče klientům z jiných kultur se uplatňují tyto:

- V zájmu ochrany, podpory a udržení zdraví jednotlivců, rodin, skupin a komunit je nevyhnutelné poskytovat humánní péči, která respektuje danou kulturu.
- Každá kultura má typickou víru, hodnoty, zvyky, způsoby léčby a péče, které je třeba zjistit a respektovat je.
- Každý klient má právo na poskytnutí kulturně zaměřené péče.
- Holistický přístup a poznatky z multikulturního ošetrovatelství jsou nevyhnutelné na pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů týkajících se světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenstva, hodnot, zvyků, způsobů péče o pohodu, zdravých a nemocných.
- Sestry realizující multikulturní ošetrovatelství respektují lidská práva, kulturní tabu, uvědomují si, že se musí chovat eticky a rozhodovat se v souladu s právem.
- Chápání klienta v kulturním kontextu je základem vzájemné interakce, zhodnocení zdravotního stavu, holistické péče a uspokojování potřeb. (42)

#### ***1.15 „Pomoc přátelům – 2005“***

Projekt zdravotní péče pro Vietnamce pomůže k jejich lepší integraci do naší společnosti. 10. února byl slavnostně zahájen komplexní projekt zdravotní péče pro Vietnamce žijící v České republice, nazvaný „**Pomoc přátelům – 2005**“, nad kterým převzal záštitu místopředseda Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR pan JUDr. Vojtěch Filip. Smyslem a cílem projektu, jehož autorem je Marcel Winter – předseda Česko-vietnamské společnosti, je zlepšit integraci Vietnamců do naší společnosti osvětovou zdravotnickou kampaní, ve které budou nejen podrobně seznámeni se strukturou povinné zdravotní péče v ČR, ale také navštíví přední zdravotnická zařízení a setkají se ve svých regionech i se zdravotními radami státní správy. K jejich pomoci bude v rámci projektu vydána i česko-vietnamská brožura zahrnující popis lidského těla, rozhovory u lékaře, či v nemocnicích a hlavně Pojišťovna VZP a.s. Praha ( člen ČVS ) vytvoří pro

ně i bezplatnou informační linku s vietnamsky hovořícími operátory i vzorové poradenské a informační středisko přímo v Obchodním centru SAPA v Praze 4 – Libuši. (49)

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce:**

1. Zjistit specifika v poskytování ošetrovatelské péče u vietnamské a romské minority v životní etapě stáří.
2. Zjistit specifika v poskytování ošetrovatelské péče u vietnamské a romské minority v doprovázení ke klidné smrti.
3. Poznat tradiční způsob péče o jednotlivce příslušných kultur a jeho kladné využití v profesionální péči.

### **2.2 Výzkumné otázky:**

1. Má Romská kultura ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi?
2. Má Romská kultura ošetrovatelská specifika v doprovázení ke klidné smrti?
3. Pečovali by vždy příslušníci Romské komunity o své umírající doma?
4. Respektuje Vietnamská kultura stáří a staré lidi?
5. Má Vietnamská kultura ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi?

### 3. Metodika

#### 3.1 *Metodika a technika výzkumu*

V naší empirické části jsme použily kvalitativní výzkum. Metodou strukturovaného rozhovoru jsme sledovaly specifika v poskytování ošetrovatelské péče u respondentů dvou základních souborů a to u vietnamské a romské minority v životní etapě stáří a v doprovázení ke klidné smrti. Také jsme sledovaly tradiční způsob péče o jedince příslušných kultur.

Rozhovory jsme rozdělily do dvou skupin. Rozhovor A souboru A byl sestaven pro Romskou komunitu. Rozhovor B souboru B byl zhotoven pro Vietnamskou komunitu.

Rozhovor A souboru A byl sestaven ze 13 otázek viz. příloha I., rozhovor B souboru B obsahoval 14 otázek viz. příloha II. Tyto rozhovory byly zcela anonymní.

U otázky číslo osm „Váš názor na eutanázii?“ jsem romským klientům musela vysvětlit pojem eutanázie. Po této edukaci mi klienti sdělovali své názory. Pokud respondenti nedokázali odpovědět na otázku číslo devět „Odmítáte nějaké medicínské výkony?“, nabídla jsem jim několik možností. Z těchto možností si vybrali a dotaz zodpověděli.

Otázky v rozhovoru byly formulovány tak, aby byly srozumitelné, jednoduché a zároveň splňovaly účel výzkumu. Standardizované otázky jsem u některých rozhovorů rozšířila o doplňující otázky, které mi pomohly lépe specifikovat odpověď. Tyto otázky jsou zapsány v rozhovoru kurzívou.

Informace od klientů byly získávány v období ledna – květen 2007 při osobním kontaktu. Ze získaných informací byly vyhotoveny výsledky.

Dosažené výsledky jsme zpracovaly v programu Microsoft Excel a demonstrujeme je na grafech. Každá otázka má své grafické znázornění. Odpovědi, ve kterých se respondenti shodovali ve sto procentech jsou znázorněny ve společném grafu.

### 3.2 *Charakteristika výzkumných souborů*

Zkoumaný soubor je složen z dvanácti klientů. Šesti Romů a šesti Vietnamců, občanů žijících v Českých Budějovicích.

Rozhovor A souboru A - rozhovor s Romskou komunitou obsahoval třináct otázek. Většina dotazovaných respondentů byla hospitalizovaná v Nemocnici České Budějovice, a.s. Tento soubor představoval čtyři klienty. Zbylé dva klienty jsem oslovila a o rozhovor požádala na českobudějovickém sídlišti Máj.

Rozhovor B souboru B – rozhovor s Vietnamskou komunitou obsahoval čtrnáct otázek. Jedna respondentka byla hospitalizovaná v Nemocnici České Budějovice a.s., (vzhledem k jazykové bariéře byla u rozhovoru přítomna dcera respondentky, která plnila funkci tlumočnicka) jeden respondent je studentem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Zbylí čtyři respondenti jsou občané města České Budějovice.

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozhovor A souboru A - rozhovor s Romskou komunitou

#### Rozhovor s Romským respondentem číslo 1

*Pohlaví: muž*

*Věk: 20*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: úklidová četa*

#### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Ano, zdraví je pro nás důležité. Radíme ho na první místo stejně jako peníze nebo zlato.

#### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Staří Romové uznávají léčitele a čarodějnice. My mladí, to neuznáváme, už na to nevěříme.

*Doplňující otázka: „Jak se staráte Vy osobně o své zdraví?“*

Nestarám se.

#### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Starých lidí si vážíme a musíme je respektovat. Oni jsou chytrí, zažili toho v životě hodně, takže my se to od nich všechno učíme. Žijí s námi v jedné domácnosti. Naše rodina žije v bytě 3+1 a je nás tam dvanáct. Staří se často starají o svá vnoučata. Pokud jsou rodiče mimo domov, staří Romové přebírají péči o svá vnoučata. Vychovávají je.



#### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Staré lidi musíme uctívat a chovat se k nim slušně. Nezáleží na tom, zda jsou z naší rodiny nebo jsou to cizí. Ke všem se musíme chovat slušně. Jsou staří a mají velké zkušenosti. My mladí se od nich musíme učit.

#### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Pokud by to vyžadoval stav, dal bych nemocného na oddělení následné péče nebo do domova důchodců. Chodil bych za nimi každý den.

#### **6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, mají. Staré lidi musíme uctívat, chránit je a starat se o ně.

#### **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma? (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

O umírající se staráme doma. Když musí být v nemocnici, chodíme je navštěvovat každý den. I několikrát denně, za nemocným přijde celá rodina, ale to potom máme problémy se sestrami. Doma se v péči střídáme. Jsme velká rodina. Snažíme se nemocnému splnit všechna jeho přání.

#### **8. Váš názor na eutanázii?**

Ne. Eutanázie se mi nelíbí. My Romové se smrti nebojíme.

*Doplňující otázka: „Proč máte tento negativní přístup?“*

Romové věří hodně v Boha. On by to nechtěl.

#### **9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Asi bych nebyl pro pitvu.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Nelíbí se mi pocit, že pitvají mého rodinného příslušníka.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Smrti se nebojím. Umírajícího bych si vzal domů (pokud by to dovoloval jeho stav). Pokud by byl jeho zdravotní stav velmi vážný, musel bych se smířit s tím, že je v nemocnici, ale snažil bych se být u něj celou dobu. Pečovala by o něj celá rodina, hlavně ženy. Vždy by u něj někdo musel být, nikdy bychom ho nenechávali samotného.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Před pohřbem se setká celá rodina. Přijíždí vzdálení příbuzní. Pijeme na žal.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Do rakve dáváme zlato a oblíbené věci zesnulého. Do rukou nebo do kapsy jim dáváme peníze. Ty jsou pro převozníka. Nesmí se zpívat, tancovat. Kdybychom tancovali a zpívali, vypadalo by to, že se ze smrti blízkého radujeme.

**13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Já ne. Starší ano. To jsou ty čarodějnice. Avšak já na tyto věci nevěřím.

## **Rozhovor s Romským respondentem číslo 2**

*Pohlaví: žena*

*Věk: 52*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: nezaměstnaná*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Ano, je. Stejně důležité jako peníze, rodina.

*Doplňující otázka: „Můžete ho zařadit na nějaké místo?“*

Na druhé místo.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Vaše kultura navštěvuje lékaře, my máme své čarodějnice, které nám pomáhají s nemocemi. K lékaři chodíme, až když je nám nejhůř.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Mladí Romové si nás musí vážit a respektovat. Musí nás poslouchat, ať už ženu nebo muže. Není v tom rozdíl. Máme první a poslední slovo.

### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Mladí si nás musí vážit a musí se od nás učit.

### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

O staré lidi pečujeme doma. Jsme velká rodina, takže se u nich střídáme. Do domova důchodců bych staré nikdy nedala. Bála bych se, že mladí mě tam taky dají.

**6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, už jsem Vám o tom říkala.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Pečujeme o ně doma.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, nepřichází v úvahu.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Pokud bych k tomu svolila, bála bych se, že se to stane i mě. Když já budu nemocná a bude to se mnou vypadat zle, děti by k tomu kroku mohli svolit tak, jak jsem to kdysi udělala já. Toho bych se bála.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Moji sestru v Ostravě sterilizovali. Nevěděla o tom. Žalujeme doktory, je to rasismus. Tak to bych nechtěla. Nechtěla bych potrat. To je proti přírodě.

*Doplňující otázka: „A co pitva?“*

To bych nechtěla. Nelíbí se mi to.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Umírající máme doma. Starají s o ně ženy. Ty jim poskytují veškerou péči. U jeho postele je celá rodina, dokud neumře. Musí mu splnit všechna přání. My Romové říkáme dopředu, jaký chceme pohřeb, jaký by se nám líbil a naše rodina nám to musí splnit.

### **11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Sjede se celá rodina. Mrtvého hlídáme. Na pohřbu mu zahrajeme jeho oblíbenou píseň a pak už se nesmí hrát a tancovat. Hrají se karty, hodně se pije, kouří a povídáme si.

### **12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

My dáváme do rakve peníze, zlato. Když zemře někdo vysoce postavený, uložíme ho do honosné rakve, na tom my Romové nešetříme. Do hrobu mu dáváme drahé koberce a jeho oblíbené věci. Všechno co měl dotyčný rád. Ještě věříme tomu, že někdo z rodiny, který už zemřel si přijde pro zesnulého a odvede ho na onen svět. Je to doprovod.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Máme léčitele a čarodějnice, ty nám hodně pomáhají. Umí i někoho zaklít. Je to „vražba“. Mladí už na to moc nevěří, ale my starší ano.

*Doplňující otázka: „Můžete mi to blíže specifikovat?“*

Když se chcete uzdravit nebo někoho zaklít, tak jde se za čarodějnicí a ta to udělá.

## **Rozhovor s Romským respondentem číslo 3**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 55*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: nezaměstnaný*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Pro naši kulturu je velmi důležité. Je pro nás stejně důležité jako peníze, zlato, rodina a děti.

*Doplňující otázka: „Můžete mi specifikovat to místo?“*

Druhé místo po rodině a penězích.

*Doplňující otázka: „„Jak se staráte Vy osobně o své zdraví?“*

(dlouhá pauza) Nevím, asi se nestarám.

## **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Pro zdraví moc nedělám (kouřím, piji alkohol atd.). Když je mi zle, jdu za léčitelkou, ta mi pomůže. Léčitelé používají pijavice, tím nám léčí onemocnění krve a čarodějnice pomáhají nemocným „vyhánět zlého d'ábla z těla“. Tyto tradice dodržují pouze staří Romové nebo kočovní Romové. Mladí už tomu moc nevěří.

## **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Mladí si nás musí vážit. Musí nás ctít. Učí se od nás. Máme spoustu zkušeností, které jim předáváme. Musí nás poslouchat.

## **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Musí nás respektovat, poslouchat a musí dělat to, co chceme my. Musíme je dobře vychovat, aby oni dobře vychovávali své děti.

## **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

O staré lidi pečujeme doma. Jsme velká rodina, takže se u nich střídáme. Do domova důchodců bych staré nikdy nedal. Bál bych se, že mladí mě tam taky dají. V naší kultuře se to bere tak – my se staráme o děti, když jsou malé a oni se musí starat o nás, když jsme staří.

## **6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Samozřejmě. Každý je ctíme. Musíme je poslouchat. I když jsem už starý, musím poslouchat svého tatínka, protože on je starší než já, má víc zkušeností.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Staráme se o ně doma. Když musí do nemocnice, chodíme za nimi každý den a všichni. My Romové držíme hodně pohromadě, proto je chodíme navštěvovat všichni. Nejraději bychom byli u nemocného pořád, ale to nejde. Zdravotní sestry nás tam nechtějí celý den nechat.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, to se mi nelíbí.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Já věřím v Boha. Co Bůh dal, Bůh taky vezme. Bylo by to proti jeho rozhodnutí.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Asi pitvu, ale když by to muselo být, musel bych se podřídit lékařům.

*Doplňující otázka: „Proč pitva?“*

Nelíbí se mi ta představa.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Smrt bereme jako součást života, takže se ji nebojíme. Pokud je umírající doma, jsme u něho celá rodina. Pokud je v nemocnici, taky jsme u něho. Pokud si to nemocný přeje, přijme na pokoji jenom někoho. Vše se děje jen podle něj. On má výhradní slovo. Pečují o něj ženy. V péči se střídají.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Pohřeb je rodinná záležitost. Na něj přijíždějí všichni příbuzní, ať už blízcí či vzdálení. Mrtvého musíme hlídat. Pijeme na žal několik dní dopředu a po

pohřbu. Tomuto říkáme „varta“. Na pohřbu mu zahrajeme jeho oblíbenou píseň a pak už se nesmí hrát.

### **12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Dáváme do rakve peníze, zlato všechno co měl dotyčný rád, to vy bílí neděláte. U vás hraje hudba, u nás ne. Kdyby se hrálo, tak by to vypadalo, že se z jeho smrti veselíme.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?**

Máme „vražbu“. Je to rituál, při kterém přivoláváme čarodějnice. Jsou schopny někoho zaklít nebo uhranout. Například, když chcete, aby Vás někdo miloval, přinesete jeho vlasy čarodějnici a ta je začaruje. Do roka si dotyčného vezmete. To samé se používá při nemocech.

## **Rozhovor s Romským respondentem číslo 4**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 58*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: nezaměstnaný*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

U nás jsou důležité peníze, zlato a taky zdraví.

*Doplňující otázka: „Můžete mi říct to místo?“*

Tak první.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Já nesportuji, ale jsem skoro pořád venku, takže hodně chodím. Jinak nevím.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Mladí z nás mají respekt, nemůžou si dovolit nás nerespektovat.



#### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Musí se k nám chovat pěkně. Musí nás poslouchat. Tak je to v naší kultuře dané.

#### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Starají se o ně doma ženy. Když chodíme do nemocnice, taky jim pomáhají ženy. Do domova důchodců bych nikdy nikoho nedal. Staří musí být s rodinou, ta je povinna se o ně postarat.

#### **6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano. Například: staří sedí u stolu, radí se a mladí stojí opodál a poslouchají.

#### **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Doma, starají se o ně ženské, zvládnou to. Do domova důchodců bych nikdy svého blízkého nedal. Zdá se mi, že je to jako vězení.

*Doplňující otázka: „Proč to přirovnáváte k vězení“*

Připadá mi to tak. Lidé jsou tam pořád zavření, nemají styk s okolím, s rodinou.

#### **8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, to bych nechtěl.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Nevím, nedokážu to vysvětlit. Prostě se mi to nelíbí.

#### **9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Ta pitva, to se mi nelíbí.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Hnusí se mi to.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Když umírají doma, jsme u nich celá rodina. Snažíme se mu splnit všechno, co chce. V péči se střídáme, i když nejvíce se starají ženy. My muži na vše dohlížíme.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Naše pohřby jsou velké. Sjedne se úplně celá rodina, přijdou plačky. Čím víc plaček je na pohřbu, tím výše postavený to byl člověk. Hodně se brečí a pije. Hudba nesmí hrát, kdyby hrála, znamenalo by to, že smrt oslavujeme. Do rakve dáváme věci, které měl ten člověk rád. Dáváme tam hlavně zlato, peníze a hodnotné věci.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Teď jsem Vám to řekl. (viz otázka číslo 11)

**13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Možná léčitele a čarodějnice, ale abych byl upřímný, já tomu moc nevěřím. Raději navštívím lékaře.

**Rozhovor s Romským respondentem číslo 5**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 60*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: nezaměstnaný*

**1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Zdraví je pro nás důležité.

*Doplňující otázka: „Můžete mi říci to místo?“*

První.

## **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Nevím.

*Doplňující otázka: „Dodržujete nějakou životosprávu, chodíte sportovat?“*

Moc ne.

## **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Mladí nás uctívají. V naší kultuře je starý člověk vysoce postavený a mladší nás musí respektovat, poslouchat. Učí se od nás.

## **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Mladí nás musí nás poslouchat, jinak je potrestáme. Starý člověk má vždycky přednost. A to ve všem. Mladý se musí podřídít.

## **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Nevím o nějakém Romovi, který by byl v domově důchodců. My potřebujeme volnost, tam by nás zavřeli. Starají se o nás mladí, doma.

## **6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano.

## **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Pokud to jde, zůstávají doma. Když jsou v nemocnici, pořád za nimi chodíme, aby nebyli sami, ale to potom máme potíže se zdravotnickým personálem. Chtěli bychom u nemocného být pořád, ale to nejde.

### **8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, bál bych se, že by to potom mladí udělali mě.

### **9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Eutanázii.

*Doplňující otázka: „Ale to není medicínský výkon, dám Vám na výběr např.: pitva, sterilizace u žen, transfúze, potrat apod.*

Pitvu a potrat, to by se mi nelíbilo. To bych své ženě nedovolil. Pro nás Romy je rodina a děti největší poklad.

### **10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Je dobře, když umře doma, mezi svýma. Loučí se s ním celá rodina. Chodíme k němu podle postavení. Snažíme se splnit všechna jeho přání. Vždycky se sejde celá rodina. Přijíždí příbuzní i z velké dálky. Péči obstarávají hlavně ženy. Pečují o něj v celém rozsahu.

### **11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Pohřby jsou velké. Jsme velká rodina. Hodně záleží na tom, jak byl postavený. Olašští Romové mají největší a nejdražší pohřby. Mají skleněné rakve a do hrobu nebo hrobek jim dávají koberce, nábytek. Honosnost pohřbu hodně záleží na tom, jak je rodina finančně zabezpečena.

### **12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Jo, do rakve dáváme věci jako je zlato, peníze. Peníze dáváme do kapes nebo do rukou zemřelého. To je na cestu, pro převozníka. Pak se hodně pije. Ženské hodně brečí. Nesmí se zpívat a tancovat. My věříme, že si pro umírajícího přijde někdo, kdo umřel dříve a odvádí ho na onen svět.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?**

Ne.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Vím, že někteří Romové to používají, ale já na to nevěřím.

### **Rozhovor s Romským respondentem číslo 6**

*Pohlaví: žena*

*Věk: 50*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: nezaměstnaná*

#### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Zdraví není pro nás moc důležité.

*Doplňující otázka: „Můžete mi říct místo, na které by jste ho zařadila?“*

Třetí.

*Doplňující otázka: „A můžete mi říct, které hodnoty jsou u Vás na prvním druhém a místě?“*

Na první bych dala rodinu a na druhé peníze.

#### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

To nevím.

*Doplňující otázka: „Dodržujete nějakou životosprávu, chodíte sportovat?“*

Ne.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Mám ráda jídlo a na sport už jsem stará.

**3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Musí se k nám chovat pěkně, slušně, musí nás poslouchat. Respekt ke starým lidem je tradice v naší kultuře.

**4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Ted' jsem Vám to řekla.

**5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Staráme se o ně doma, nikdy bych nedala starého do domova důchodců, to by pak mohli dát mladí mě do domova důchodců.

**6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, mají.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Starali bychom se o něj doma. Střídala by se celá rodina. Nikdy bych nikoho do domova důchodců nedala.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Nelíbí se mi představa, že jsem tam zavřená. Sama, bez rodiny a přátel.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, to neexistuje.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Jsem věřící. Věřím, že si mě Bůh zavolá, až bude ten správný čas.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Sterilizaci a pitvu bych odmítla.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Když to jde, bereme si je domů, ať jsou mezi námi. V péči se střídá celá rodina, hlavně ženy. Snažíme se nemocnému splnit všechna přání, posloucháme ho a pořád jsme mu k dispozici.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Hodně se pije, brečí. Nehraje hudba jen nebožtíkova oblíbená písnička. Potom už hudba nehraje.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Kdyby hrála hudba, vypadalo by to, že se ze smrti radujeme. A to přece není pravda.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Nebožtíkovi dáváme zlato, peníze. Když hrál na kytaru a bavilo ho to, tak mu tam dáme i kytaru, prostě věci, které měl rád. Jeden rok od pohřbu se nesmí dívat na televizi a ženy se nesmí dívat do zrcadla.

*Doplňující otázka: „Proč se nesmíte dívat do zrcadla?“*

To nevím.

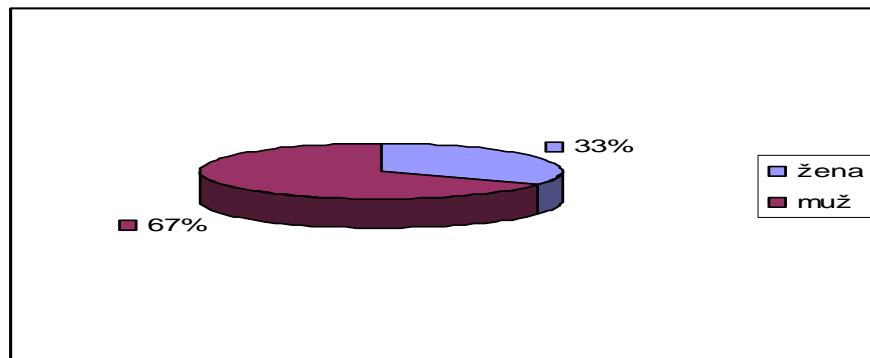
**13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Máme čarodějnice, za těmi chodíme, když potřebujeme pomoc.

*Doplňující otázka: „A jak Vám pomáhají?“*

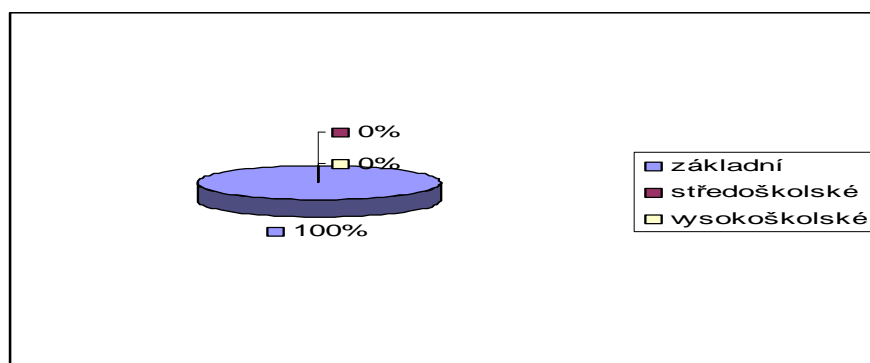
Přijdeme s nějakým problémem a ona ho vyřeší a zvláštní moc.

Graf 1 : Pohlaví respondentů



Početnější skupinu výzkumného souboru A tvoří muži - 4 (67 %). Ženy byly zastoupeny 2 (33 %).

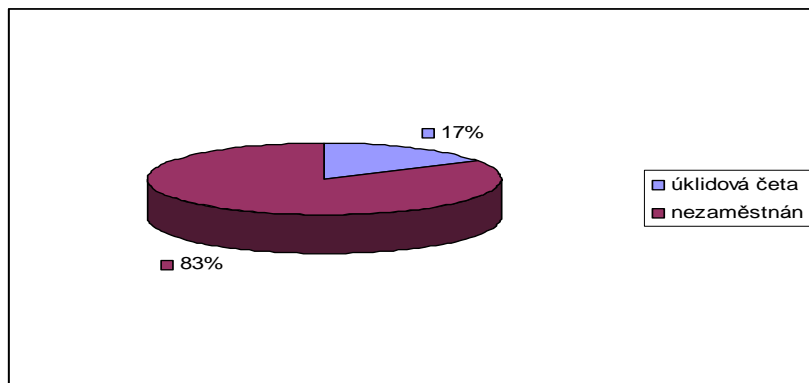
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Tento graf demonstruje nejvyšší dosažení vzdělání respondentů. Ve výzkum odpovídalo 6 (100 %) respondentů se základním vzděláním.

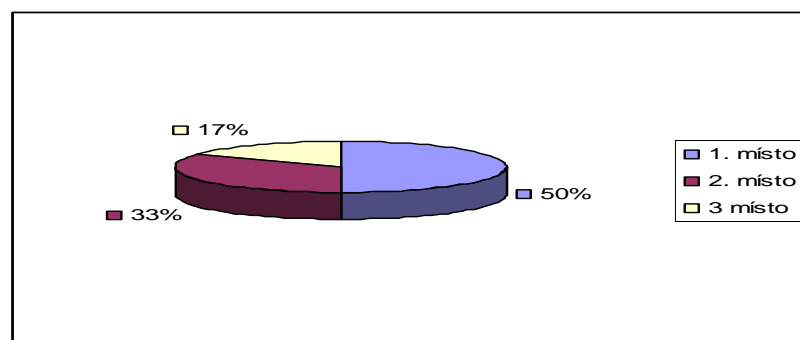


Graf 3: Zaměstnání respondentů



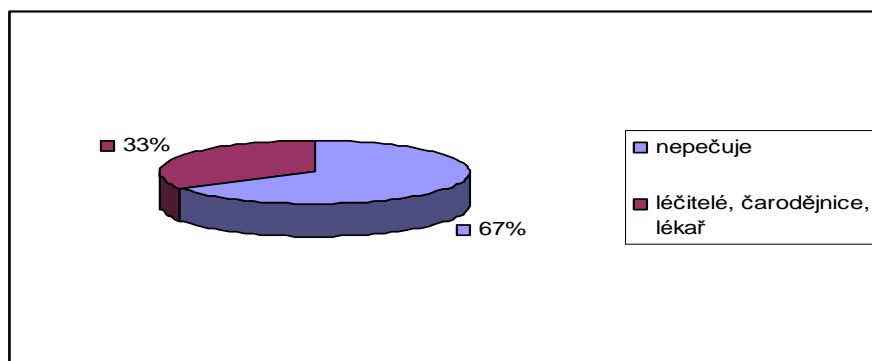
Tento graf ukazuje pracovní zařazení respondentů. Pouze 1 (17 %) respondent je zaměstnán u technických služeb jako uklízeč. 5 (83 %) dotazovaných je nezaměstnáno.

Graf 4: Zdraví jako hodnota (k otázce č.1 rozhovoru A)



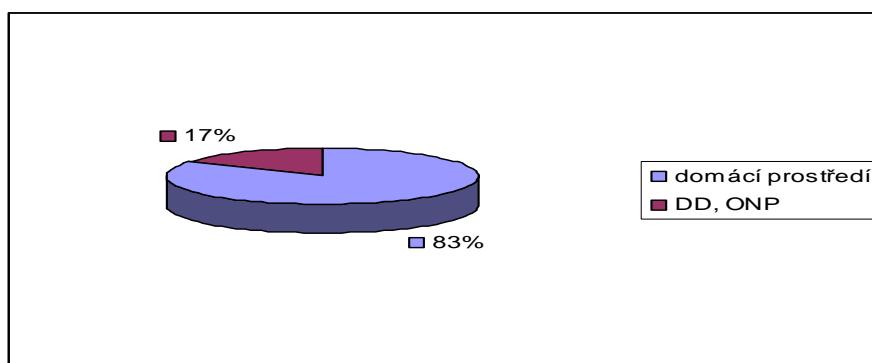
Polovina dotazovaných 3 (50 %) zařadila zdraví na první místo. 2 (33 %) respondenti zařadili zdraví na místo druhé. Pouze 1 (17 %) respondent zařadil zdraví na třetí místo.

Graf 5: Romská kultura a péče o zdraví (k otázce č. 2 rozhovoru A)



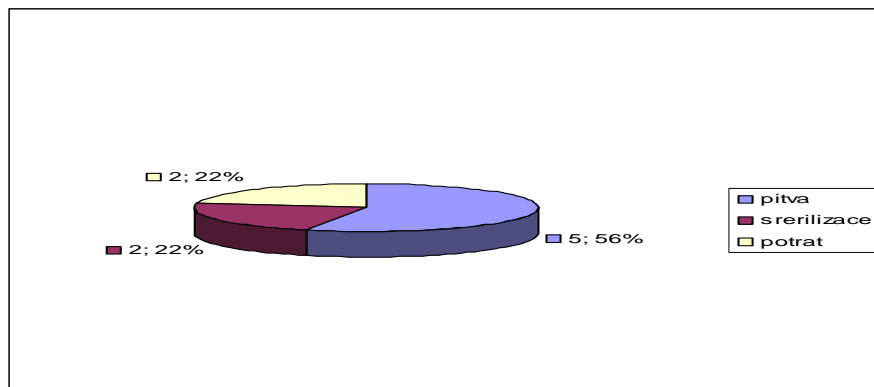
Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 4 (67 %) respondenti o své zdraví nepečují. 2 (33 %) dotazovaní navštěvují při zdravotních potížích léčitele, čarodějnice nebo lékaře.

Graf 6: Péče o staré lidi (k otázce č. 5 rozhovoru A)



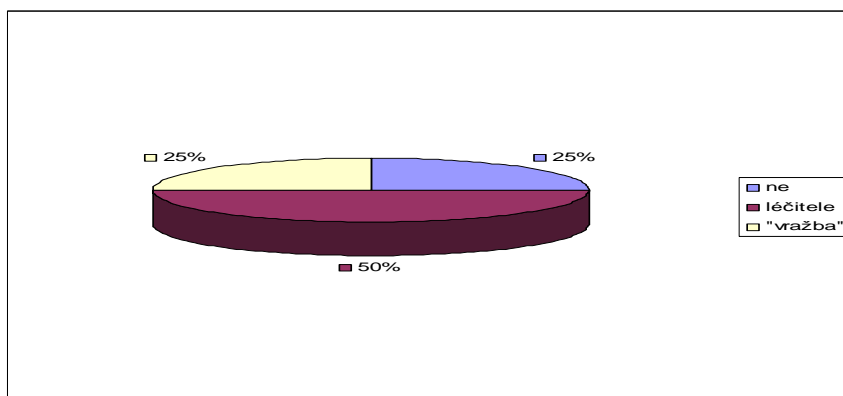
O staré, nemocné lidi by v domácím prostředí pečovalo 5 (83 %) respondentů. Své blízké, nemocné by umístil 1 (17 %) respondent do domova důchodců nebo na oddělení následné péče.

Graf 7: Netolerované medicínské výkony (k otázce č. 9 rozhovoru A)



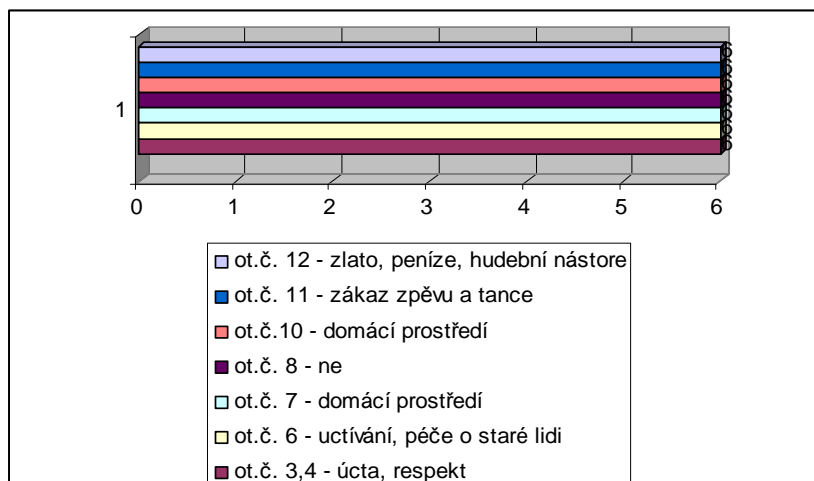
Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 5 (56 %) romských respondentů odmítá pitvu. 2 (22 %) dotazovaní neschvalují potraty. Stejný počet tj. 2 (22 %) respondenti jsou proti sterilizaci.

Graf 8: Prvky tradiční medicíny (k otázce č. 13 rozhovoru A)



Prvky tradiční medicíny (např. „vražba“) používají 4 (50 %) respondenti. 2 (25 %) navštěvují lékaře a 2 (25 %) respondenti nepoužívají žádné prvky tradiční medicíny.

Graf 9: k otázkám č. 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 a 12 (rozhovoru A)



Tento graf popisuje názor dotazovaných o respektu a uctívání starých lidí. 6 (100 %) respondentů velmi respektuje a uctívá staré lidi své kultury (výsledky k otázce č. 3).

Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 6 (100 %) dotazovaných odpovědělo, že staré lidi musí uctívat a respektovat (výsledky k otázce č. 4).

Všichni respondenti 6 (100 %) shodně odpověděli, že staří lidé mají v romské kultuře přední postavení (výsledky k otázce č. 6).

Všichni respondenti 6 (100 %) shodně odpověděli, že by o své umírající pečovali v domácím prostředí. (výsledky k otázce č. 7).

Tento graf popisuje názor dotazovaných na eutanázii 6 (100 %) respondentů má k eutanázii negativní postoj (výsledky k otázce č. 8).

Všichni respondenti 6 (100 %) se shodují na péči o umírajícího v domácím prostředí a ošetrovatelskou péči by poskytovaly ženy (výsledky k otázce č. 10).

6 (100 %) dotazovaných shodně odpovědělo, že na pohřbech je zakázaný zpěv, hudba a tanec (výsledky k otázce č. 11).

Všichni respondenti 6 (100 %) se shodují, že do rakví zesnulému přikládají jeho oblíbené předměty (výsledky k otázce č. 12)

#### **4.2 Rozhovor B souboru B - rozhovor s Vietnamskou komunitou**

##### **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 1**

*Pohlaví: žena*

*Věk: 50*

*Vzdělání: základní*

*Zaměstnání: prodavačka*

##### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Ano, zdraví je pro nás velmi důležité.

*Doplňující otázka: „Na které místo byste ho zařadila?“*

Na první.

##### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Snažíme se zdravě stravovat. Jíme hodně zeleniny, rýže. Hlavně jíme střídmě.

V případě nemoci navštívíme lékaře. Sami si vybíráme, zda půjdeme do nemocnice nebo navštívíme soukromého lékaře.

*Doplňující otázka: „Soukromého lékaře?“*

Ano, ve Vietnamu je hodně soukromých lékařů. Můžeme si vybírat. Tady navštívíme obvodního lékaře.

##### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Staré lidi musíme respektovat. Starý člověk má hodně vědomostí a životních zkušeností, které nám předává. O staré lidi se staráme, pečujeme o ně e zdraví i nemoci a snažíme se je finančně podporovat.

#### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Respektujeme je a ctíme. Vždy jim pomáháme. Neexistuje, aby žil starý člověk sám a sám se o sebe staral.

#### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Pokud to jde, pečujeme o ně doma. U nás ve Vietnamu nejsou pečovatelské domy pro staré lidi.

#### **6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, mají. Pokud by se někdo zachoval ke starému člověku špatně, Buddha by ho potrestal.

#### **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Pokud to jde a situace to dovolí, pečujeme o své příbuzné doma. Ve Vietnamu jsou příbuzní hospitalizovaní s nemocným v nemocnici. Rodinný příslušník se o něj stará celý den. Vždy u nemocného někdo je. Pokud to jde, střídá se u nemocného celá rodina. Rodiče se o své děti starali v dětství a povinností dětí je se o rodiče postarat, když zestárnou nebo onemocní.

#### **8. Váš názor na eutanázii?**

Eutanázie u nás nepřichází v úvahu. Pokud by někdo k eutanázii svolil – ostatní by ho nenáviděli.

#### **9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Pitvu a potrat, ale když to musí být, tak se musíme přizpůsobit.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Umírající jsou vždy doma, v domácím prostředí. Všichni příbuzní jsou u něj. Vše se řídí dle přání nemocného. Každý se s umírajícím loučí sám. Pořadí určuje umírající. Veškerou péči o umírajícího zařizuje žena. Komplexně o něj pečuje.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Ať už Vietnamec umře kdekoli na světě, vždy jsou jeho ostatky dovezeny k nám do Vietnamu. Teprve tam jsou pohřbeny. Buddha hlídá jeho ducha a on je spokojený.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Jak už jsem řekla, ostatky každého Vietnamce jsou doručeny do Vietnamu. Pokud by se tak nestalo, duch by neměl domov. My věříme – když někdo umře jeho duch potřebuje bydlení, pokud ho má, je to hodný duch. Pokud některý duch bydlení nemá, stane se z něho zlý duch, který ubližuje lidem. V tomto případě je nutné dát zlému duchovi bydlení. Lidé vyhledají čarodějnici, která zhotoví papírovou krabici, což slouží jako bydlení pro zlého ducha. Do krabice dají dary (např.: motorku, peníze, všechno co by mohlo ducha uspokojit). Jakmile je pro ducha vše připraveno, může se zlý duch zavolat. Pokud je s dary a svým bydlením spokojen, přestane lidem ubližovat.

**13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Samozřejmě. Věříme v síly Jin a Jang.

**14. Dáváte přednost západní medicíně nebo čínské medicíně?**

Samozřejmě, že preferujeme čínskou medicínu, ale taky respektujeme západní medicínu.

## **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 2**

*Pohlaví: žena*

*Věk: 28*

*Vzdělání: středoškolské*

*Zaměstnání: prodavačka*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Zdraví je nejen pro mě, ale pro celou naši kulturu velmi důležité.

*Doplňující otázka: „Na které místo byste ho zařadila?“*

Určitě na první.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Pravidelně a zdravě se stravujeme, jezdíme na kole. Hlavně ve Vietnamu jsem jezdila na kole. Tady k tomu nejsou uzpůsobené podmínky. Bála bych se jet na kole po silnici. Ve Vietnamu je to úplně normální.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Ke starým lidem máme velký respekt. Pokud potřebují naši pomoc, staráme se o ně.

### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Pokud jsou nemocní a nezvládnou nebo nechtějí o sebe pečovat, vždy jim pomáháme. Pečujeme o ně. V ošetřování se střídá celá rodina.

### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Záleží to hlavně na dotyčném člověku, co si přeje. Také to záleží na finančních možnostech rodiny. Pokud starý člověk chce do domova pro staré lidi, nebráníme mu. Pokud chce zůstat doma, pečujeme o něj my.



## **6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Jednoznačně. Ve Vietnamu se téměř nestává, že by se někdo choval ke starým lidem škaredě. Pokud se tak stane, společnost ho odsoudí.

## **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Hodně to záleží na zdravotním stavu daného člověka. Já osobně bych ho umístila v nemocnici, avšak každý den, a to několikrát denně bych za ním docházela a pečovala bych o něj.

## **8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, jsem věřící.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Z náboženských důvodů.

## **9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Pitva se mi moc nelíbí, ale pokud člověk umře a lékaři neví proč se tak stalo nebo pokud se prokazuje násilná smrt, je samozřejmé, že pitvu schvaluji. Dalším medicínským výkonům se nebráním.

## **10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Hodně záleží na jeho zdravotním stavu, pokud to stav dovolí, vždy si bereme umírajícího domů. Pečuje o něj celá rodina. Hlavně ženy. Vždy je u něho někdo přítomen. Pokud je jeho stav velmi vážný a potřebuje dotyčný lékařskou pomoc, musíme se smířit s tím, že je v nemocnici. Pravidelně ho navštěvujeme. Jeden člověk u něj zůstává. U nás je možno si v nemocnici rezervovat pokoj nebo být přímo na pokoji s nemocným. Takže, i když je v nemocnici, je neustále s rodinou.

Snažíme se zapojovat co nejvíc do péče o nemocného. Pomáháme s krmením, hygienou apod.

### **11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Pohřbu se účastní celá rodina. Přijíždí rodinní příslušníci z velké dálky. Pokud Vietnavec umře v zahraničí, jeho ostatky jsou dovezeny zpět do Vietnamu a zde jsou pohřbeny. Na pohřbu se pozůstali nesmějí, netančí, nehraje hudba.

### **12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

U nás se moc neprovádějí kremace. Zemřelého pohřbíme v rakvi. Po třech letech vykopeme jeho ostatky. Kosti se čistí od zbytků svalů a vlasů a uloží do nové schránky, která je následně opět zakopána do země. Pro Vás je to zvláštnost, ale pro nás Vietnamce je to úplně normální, běžná věc.

*Doplňující otázka: „Proč se kosti čistí?“*

Bohužel, to nevím.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Ano, používáme hodně bylinky. Vyrábíme z nich hlavě čaje a masti.

### **14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?**

Zde v České republice dávám přednost vaší medicíně.

## **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 3**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 19*

*Vzdělání: středoškolské*

*Zaměstnání: student*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Zdraví je pro mě důležité. Řadím ho na první místo.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Já osobně hodně sportuji. Hraji fotbal, plavu a jezdím na kole. Snažím se zdravě stravovat.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Ke starým lidem mám velkou úctu. Nejen já, ale všichni Vietnamci. Jsme takto vychovávaní. Pokud to potřebují, pečujeme o ně.

### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Ctíme je a respektujeme. Máme to v sobě takto zakořeněno.

### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Pokud na to stačíme, pečujeme o ně doma. Pokud je jejich zdravotní stav takový, že naše domácí péče nestačí, umísťujeme je v nemocnici, kde je pravidelně navštěvujeme.

**6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, samozřejmě. Chováme se k nim vždy hezky, pečujeme o ně, snažíme se jim pomáhat.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Záleží na zdravotním stavu, ale raději bych měl svého blízkého doma.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, to by se nemělo dít.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Zakazuje mi to náboženství.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Ne, neodmítám.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Zase to záleží na zdravotním stavu. Já osobně bych chtěl být doma, mezi svými blízkými. Nemocnému poskytujeme všechnu péči, která by mu byla poskytovaná v nemocnici. Samozřejmě, že na speciální výkony (např. injekce apod.) by docházela zdravotní sestra. O péči se stará žena.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Jsme hodně smutní, netancuje se, nezpívá. Oplakává se zesnulý.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Zesnulého pochováme v rakvi do země a po třech letech vyjmeme jeho ostatky, které následně pečlivě očistíme od všech svalů. Kostí musí být úplně bílé. Následně se pak opět pohřbí.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

To nevím, nedokážu odpovědět. Je to tradice.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?**

Ano, co se dá zvládnout bez lékařské pomoci, snažíme se zvládat sami, pomocí bylinek, mastí a léčivých čajů.

### **14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?**

Tady v České republice dávám přednost západní medicíně.

## **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 4**

*Pohlaví: žena*

*Věk: 30*

*Vzdělání: středoškolské*

*Zaměstnání: prodavačka*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Pro mě je zdraví velmi důležité. Řádím ho na první místo.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Já se snažím sportovat. Jezdím na kole. Hlavně zdravě jím. Vařím hodně zeleniny, rýže a ryby.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Ke starým lidem chovám velkou úctu. Vždy se jim snažím pomáhat.

### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Každý se ke starým lidem chová pěkně. Nezáleží na tom zda je to jeho rodinný příslušník nebo někdo cizí. Ke každému se chováme slušně.

**5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Ve Vietnamu máme domovy pro staré lidi, ale záleží na tom daném jedinci, zda do tohoto domova chce jít nebo ne. Pokud chce zůstat doma, pečuje o něj celá rodina. Hlavně ženy.

**6. Mají ve Vaší kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, samozřejmě. Vše se vyvíjí od kultury dané země a výchovy. My jsme vychováváni k respektu a úctě ke starým lidem.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Pečovala bych o něj doma.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, v žádném případě.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Z náboženských důvodů a hlavně pokud bych k tomu svolila nebo bych chtěla, aby mi takto ulehčili „konec života“ ostatní by mě neměli rádi.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Já osobně ne.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Smrti se nebojím. Jsem věřící, takže vím, že smrtí to nekončí. Péči o nemocného obstarávají ženy. Pečují o něj doma a nezáleží zda je nemocný žena nebo muž. Pečuje

se o něj v plném rozsahu. Provádí hygienickou péči, krmí nemocného, pomáhá s oblékáním. Vše záleží na zdravotním stavu pacienta.

### **11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Je to vždy velmi smutná záležitost a nezáleží na tom, zda zesnulý byl starý člověk u něhož se smrt očekávala z důvodu nemoci nebo to byl mladý člověk, který umřel nečekaně.

### **12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Od vaší kultury se lišíme tím, že ostatky, které pohřbíme následně po třech letech opět vykopeme a kosti očistíme. Po této očistě je vracíme zpět do hrobu.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Aby byl zesnulý čistý.

### **13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?**

Ano. Síly Jin a Jang. Je to rovnováha mezi zdravím a nemocí.

### **14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?**

Ve Vietnamu jsem dávala přednost tradiční medicíně. Navštěvovala jsem léčitele. Vždy mi pomohli nějakou bylinkou apod.

## **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 5**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 35*

*Vzdělání: středoškolské*

*Zaměstnání: prodavač*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Zdraví je důležité, ale rodina je pro mě důležitější víc. Takže ho řadím na druhé místo.

## **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Zdravě se stravujeme, i když vaše nezdravé jídla mi moc chutnají. Bohužel na sport mi nezbývá čas.

## **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Chováme se k nim pěkně. Uctíváme je. Vždy jim pomáháme. V tom máte velké mezery.

## **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Snažíme se jim pomáhat. Pečujeme o ně. My muži se staráme o finanční stránku a ženy o ně pečují fyzicky.

## **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Ve Vietnamu jsou pro staré lidi pečovatelské domy. Jsou moc pěkné a poskytují starým lidem veškerou péči. Takže bych umístil starého člověka zde. Samozřejmě bych ho chodil každodenně navštěvovat.

## **6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano, mají.

## **7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Raději bych ho hospitalizoval v nemocnici s tím, že bych si rezervoval pokoj hned vedle něj nebo bych byl s ním na pokoji, ale domnívám se, že v nemocnici mu je poskytnuta lepší péče než doma.

## **8. Váš názor na eutanázii?**

Hodně záleží na kultuře dané země. Já jsem proti.



**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Ne, neodmítám.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?**

Smrti se nebojím, vím že po smrti začíná nový život. Raději bych ho hospitalizoval. Zdravotničtí pracovníci by se o něj starali a já bych vypomáhal.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Sjede se celá rodina. Nezpívá se, netančí se. Kdybychom to dělali, vypadalo by to, že se radujeme.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Po třech letech vykopeme ostatky a očistíme je od zbytků svaloviny, tak aby byly bílé. Každý Vietnamec musí být pohřben ve Vietnamu. Pokud by se tak nestalo, stal by se z něj po smrti zlý duch, který by strašil lidi na zemi.

**13. Používáte v nemoci prvky Vaší tradiční medicíny?**

Ano, Jing a Jang.

**14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?**

Dávám přednost naší medicíně.

## **Rozhovor s Vietnamským respondentem číslo 6**

*Pohlaví: muž*

*Věk: 33*

*Vzdělání: středoškolské*

*Zaměstnání: prodavač*

### **1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?**

Na první místo, protože je velmi důležité.

### **2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?**

Na rozdíl od Vaší kuchyně je ta naše velmi zdravá, takže zdravě jím a snažím se sportovat. Chodím plavat.

### **3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?**

Starého člověka se velmi vážím.

### **4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?**

Chováme se k nim velmi pěkně, pečujeme o ně.

### **5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?**

Ve Vietnamu také existují domovy pro staré lidi, ale já bych měl raději starého člověku doma.

### **6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?**

Ano mají, je to dáno kulturou.

**7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?**

Chtěl bych, aby byl můj příbuzný doma. Takže pokud by to jeho stav vyžadoval, pečoval bych o něj doma.

**8. Váš názor na eutanázii?**

Ne, to se mi nelíbí.

*Doplňující otázka: „Proč?“*

Z náboženského důvodu. Buddha by to nedovolil.

**9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?**

Ne, neodmítám.

**10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o ně pečujete?**

Chtěl bych, aby byl umírající doma, u své rodiny, která by se o něj starala. Péči většinou provádí ženy. Pečují o stravování, hygienu, vyprazdňování apod.

**11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?**

Sjede se celá rodina. Nezpívá se, netančí se.

**12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?**

Ano, ve Vietnamu se moc neprovádí kremace. Pohřbíváme celá těla, která po třech letech znovu vykopeme a kosti očistíme od zbylých svalů.

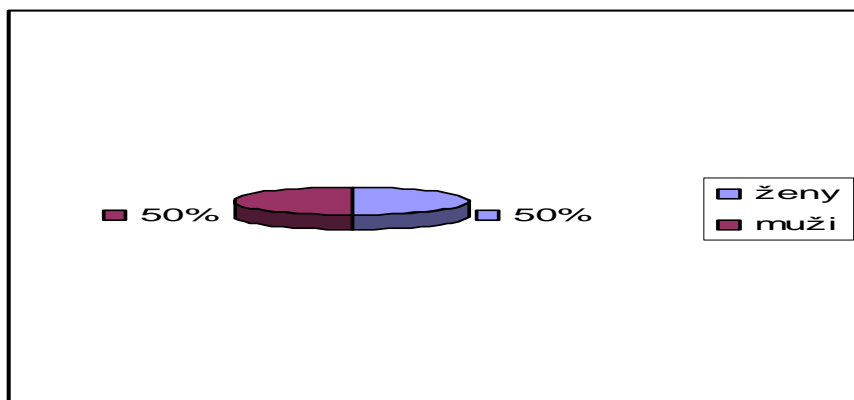
**13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?**

Vietnamci se snaží vše vyléčit doma, takže ano používám. Používám hodně bylinky. Samozřejmě Jin a Jang.

**14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?**

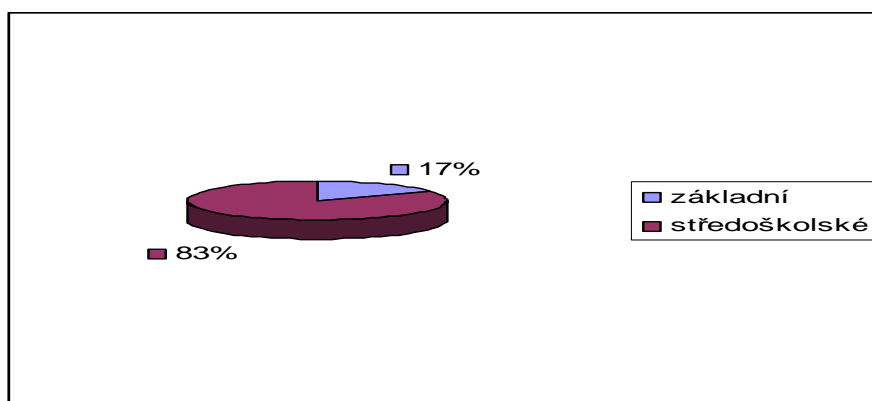
Více důvěřuji té naší medicíně.

Graf 10: Pohlaví respondentů



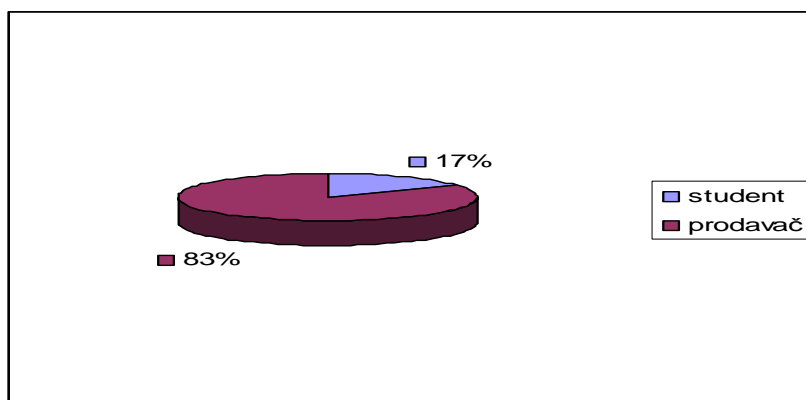
Tento graf demonstruje pohlaví respondentů. Výzkumný soubor B tvořily 3 (50 %) ženy. Muži byli zastoupeni rovněž 3 (50 %).

Graf 11: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



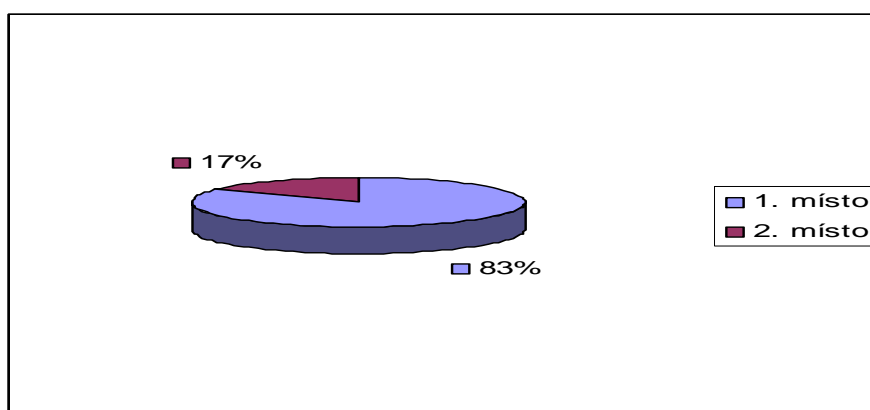
Výzkumný soubor tvořilo 5 (83 %) respondentů se středoškolským vzděláním a 1 (17 %) respondent se základním vzděláním.

Graf 12: Zaměstnání respondentů



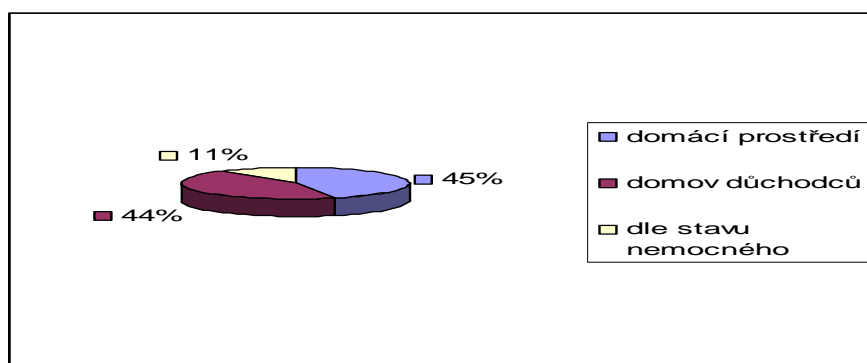
Výzkumný soubor tvořilo 5 (83 %) respondentů, kteří jsou zaměstnaní jako prodavači a 1 (17 %) respondent studuje vysokou školu.

Graf 13: Zdraví jako hodnota (k otázce č. 1 rozhovoru B)



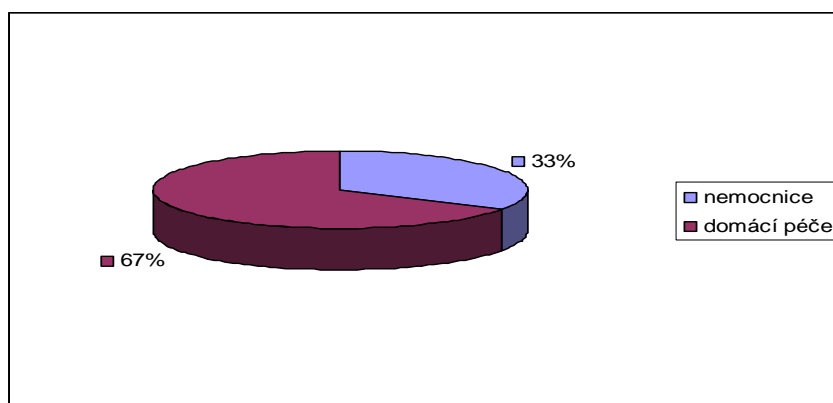
Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 5 (83 %) respondentů zařadilo zdraví na první místo, pouze 1 (17 %) dotazovaný zařadil zdraví na místo druhé.

Graf 14: Péče o staré lidi (k otázce č. 5 rozhovoru B)



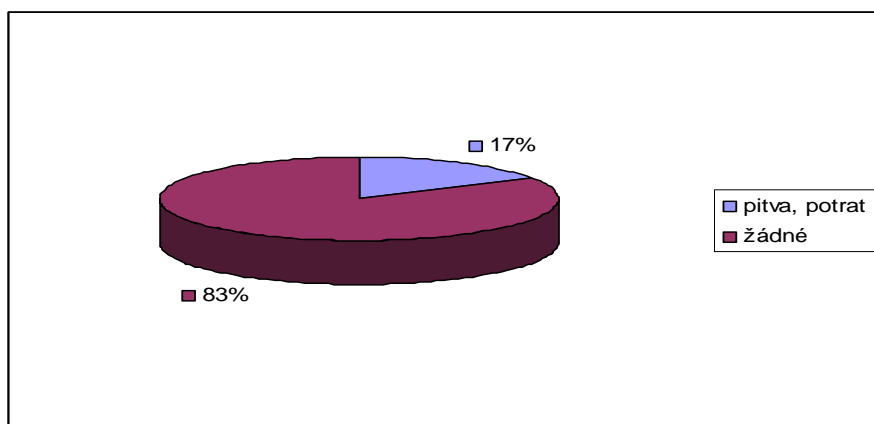
Výzkumem bylo zjištěno že, 4 (45 %) respondenti by o své blízké pečovali doma v domácím prostředí. 1 (11 %) respondent by o umístění rozmýšlel dle zdravotního stavu svého blízkého. 4 (44 %) dotazovaní by umístili své blízké do domova důchodců.

Graf 15: Péče o umírající (k otázce č. 7 rozhovoru B)



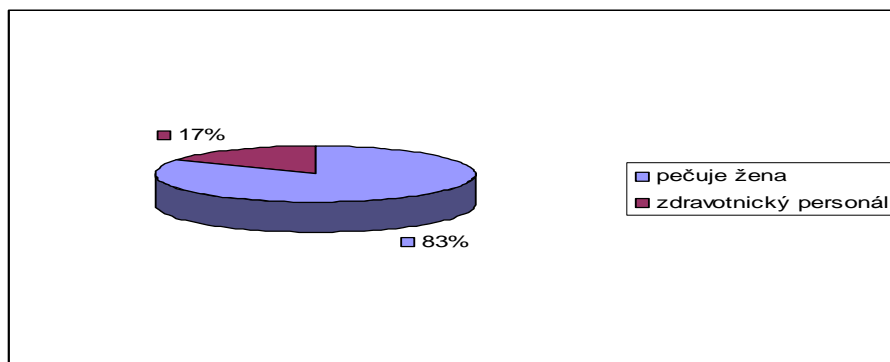
Tento graf ukazuje jak by pečovali respondenti o své blízké. 2 (33 %) dotazovaní by umístili své příbuzné, umírající do nemocničních zařízení. 4 (67 %) respondenti by pečovalo o své blízké doma.

Graf 16: Netolerované medicínské výkony (k otázce č. 9 rozhovoru B)



Tento graf ukazuje netolerované medicínské výkony. 1 (17 %) dotazovaný neschvaluje pitvu, 5 (83 %) respondentům nevadí žádné medicínské výkony.

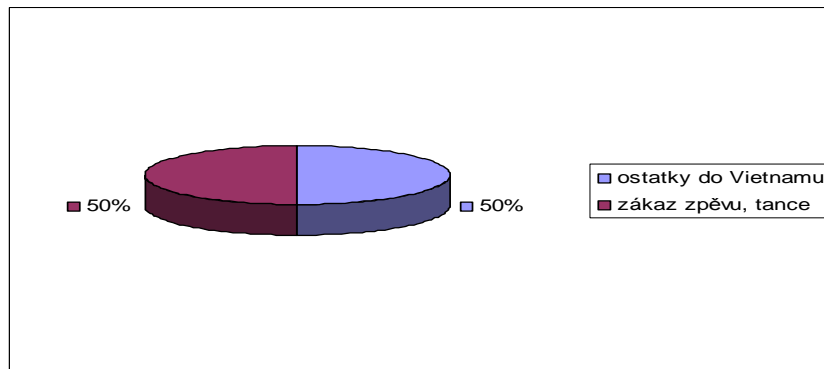
Graf 17: Péče o umírající (k otázce č. 10 rozhovoru B)



Tento graf demonstruje názor respondentů na péči o umírající. Pouze 1 (17 %) dotazovaný by hospitalizoval svého blízkého – umírajícího a ošetrovatelskou péči by prováděl ošetrovatelský personál. 5 (83 %) respondentů by o svého blízkého pečovali doma. Komplexní ošetrovatelskou péči by prováděla žena.

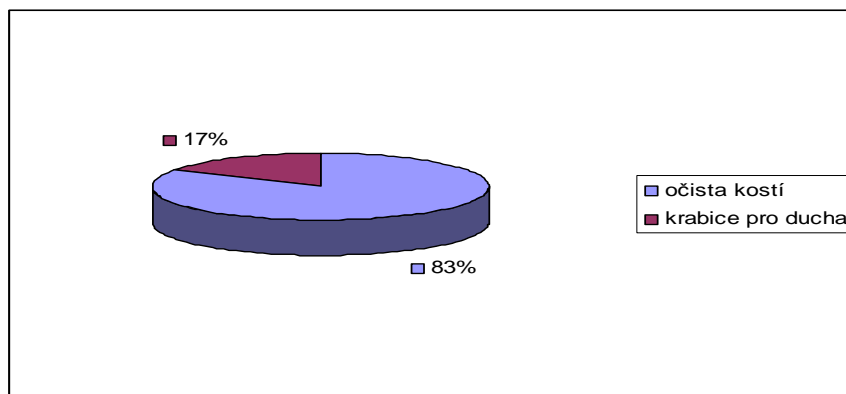


Graf 18: Pohřeb (k otázce č. 11 rozhovoru B)



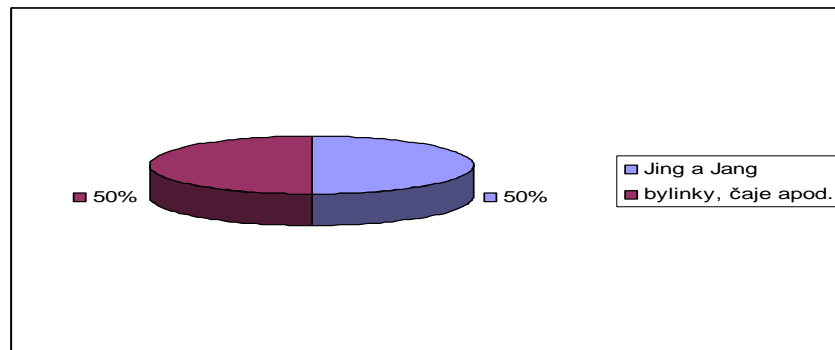
Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 3 (50 %) respondenti uvedli, že na pohřbu je zakázána hudba a tanec. 3 (50 %) dotazovaní uvedli, že ostatky musí být vždy převezeny do Vietnamu.

Graf 19: Zvláštnosti v pohřbívání (k otázce č. 12 rozhovoru B)



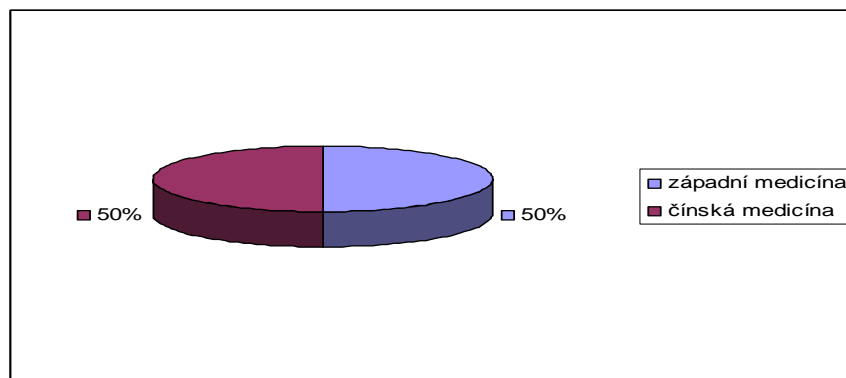
Početnější skupinu tj. 5 (83 %) respondentů odpovědělo, že tři roky po pohřbu dojde k znovu vykopání kostí a následné očištění. Pouze 1 (17 %) respondent se zmínil o tvorbě krabice pro zlého ducha.

Graf 20: Prvky tradiční medicíny (k otázce č. 13 rozhovoru B)



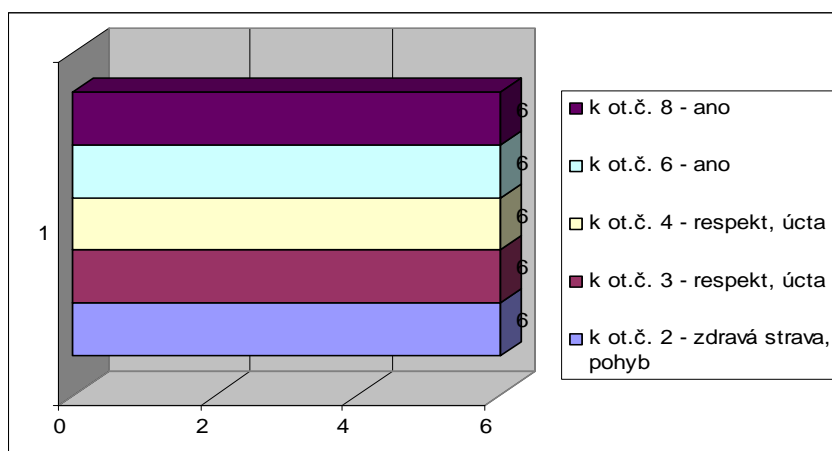
Odpovědi respondentů ve výše uvedeném grafu vyšly takto: 3 (50 %) respondenti využívají v nemoci prvky Jing a Jang. Zbývá 3 (50 %) respondenti používají k léčbě bylinky, bylinné masti, léčivé čaje apod.

Graf 21: Západní versus čínská medicína (k otázce č. 14 rozhovoru B)



Tento graf demonstruje názory respondentů na západní nebo čínskou medicínu. 3 (50 %) respondenti používají západní medicínu. 3 (50%) respondenti dávají přednost čínské medicíně.

Graf 22: k otázce číslo 2, 3, 4, 6, 8 (rozhovoru B)



Odpovědi v tomto grafu vyšly takto: 6 (100 %) dotazovaných odpovědělo, že eutanázii neuznávají (k otázce č. 8).

6 (100 %) respondentů odpovědělo, že staří lidé v jejich kultuře mají výsostné postavení (k otázce č. 6).

Odpovědi v tomto grafu vyšly takto: 6 (100 %) respondentů odpovědělo, že ke starým lidem se chovají s úctou a respektem. (k otázce č. 4).

Tento graf demonstruje chování ke starým lidem. 6 (100 %) dotazovaných shodně odpovědělo, že staré lidi musí uctívat a respektovat (k otázce č. 3).

Odpovědi v tomto grafu vyšly takto: 6 (100 %) dotazovaných odpovědělo, že své zdraví si udržuje zdravou stravou a sportem. (k otázce č. 2).

## 5. Diskuze

### 5.1 *Diskuze k rozhovorům A výzkumného souboru A – Romská komunita*

Na první otázce se respondenti shodují, že zdraví je pro jejich kulturu velmi důležité, i když mnozí prevenci nemocí podceňují (časté požívání alkoholických nápojů, kouření apod.). Většina respondentů zařazuje zdraví na první až druhé místo (po lásce, rodině a penězích). Tyto naše výsledky se rozcházejí s názory autorky Ivanové, která ve své knize *Multikulturní ošetřovatelství* uvádí: „Život je pro Romy nejvyšší hodnota. Vše co vede k zachování, zmnožení a pokračování života, má vysokou hodnotu, vše, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně.“ (16, str. 180) „...zdraví zaujímá třetí příčku v romském hodnotovém žebříčku...“ (16, str. 184) (viz graf č. 4)

Na otázku číslo dvě mi dotazovaní ve většině případů (tj. čtyři respondenti z šesti) odpověděli, že romská kultura má své „léčitele a čarodějnice“. Léčitelé používají pijavice k léčbě krevního onemocnění a čarodějnice pomáhají nemocným „vyháněním zlého d'ábla z těla“. Tyto tradice však dodržují pouze staří Romové nebo kočovní Romové. Mladší Romská komunita se těmito tradicím už nepodmaňuje. (viz graf č. 5)

Ve třetí otázce se všichni respondenti na odpovědi jednoznačně shodují. Staří a starých příslušníků komunity si každý váží a respektuje. Vždy je prvořadý muž, žena je na druhém místě. Tento výsledek našeho výzkumu se shoduje s názorem autorky Ivanové, která ve své knize *Multikulturní ošetřovatelství* uvádí: „Jedním z nejkrásnějších rysů romské kultury je jejich úcta k rodičům a ke starým lidem...“ (16, str. 182) (viz graf č. 9)

Ve čtvrté otázce se ve sto procentech respondenti shodují – ke starým lidem se musí chovat důstojně, respektovat je a ctít je. Jejich názor má velkou váhu a nikdy nejsou zatracováni jako nepotřební členové rodiny. O staré členy rodiny se vždy někdo stará a pečuje o ně. V tomto výsledku našeho průzkumu jsme se shodly s autorkou Hájkovou, která ve své knize *Rodina a zvyky slovenských Romů usazených v České republice* uvádí: „...Postarat se o své staré rodiče je pro Romy

naprosto přirozené. Romští rodiče zase nemají problémy tuto péči přijmout a nesužuje je pocit, že jsou na obtíž...“(14, str. 142) (viz graf č. 9)

Na **výzkumnou otázku č. 1: „Má Romská kultura ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi?“** nám respondenti odpověděli v otázce číslo pět. Vypozorovala jsem, že odpovědi se lišily podle věku dotazovaných. Staří Romové by své blízké nikdy do domovů důchodců nebo na oddělení následné péče nedali. Vždy by se o ně starali doma. Pokud by oni nebyli schopni pečovat o své blízké, postarala by se mladší generace. Mladší generace Romů se shoduje, že své staré blízké by uložili na oddělení následné péče nebo do domova důchodců. Pokud je někdo z rodiny nemocný, zbytek rodiny je v jeho těsné blízkosti. Starší generace Romů je ochotna jet za svým příbuzným i do zahraničí, jen pro to, aby ho viděla a nabídla pomoc. Tento výsledek našeho výzkumu se neshoduje s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetrovatelství uvádí: „...pro tradiční romskou rodinu je nemyslitelné dát děti do dětského domova nebo rodiče do domova důchodců...“(16, str. 180) (viz graf č. 6)

Na otázku číslo šest všichni dotazovaní shodně odpovídají, že ano. Staří lidé se musí respektovat s ctít. Jsou přesvědčeni, že čím je člověk starší, tím je moudřejší, zkušenější, proto je mladí lidé musí respektovat a učit se od nich. (viz graf č. 9)

Na **výzkumnou otázku č. 3: „Pečovali by vždy příslušníci Romské kultury o své umírající doma?“** nám respondenti odpověděli v otázce číslo sedm. Na tuto otázku odpovídali dotazovaní obdobně jako na šestou otázku. O své příbuzné by pečovali doma až do jejich smrti. V péči by se střídala rodina jak blízká, tak vzdálená. (viz graf č. 9)

V odpovědích na otázku číslo osm se všichni dotazovaní shodují jednoznačně. Všichni Romové eutanazii zavrhnou. O eutanázii by nepožádal nemocný ani jeho blízcí. „Jak pán Bůh dá, tak to bude“ – podle této věty se Romové řídí. (viz graf č. 9)

Na otázce číslo devět odpovídali většinou shodně. Nejsou nakloněni pitvě, potratům a sterilizaci. Pokud pitva musí být provedena, Romové ji akceptují. (viz graf č. 7)

Na výzkumnou otázku č. 2: „Má Romská kultura ošetrovatelská specifika v doprovázení ke klidné smrti?“ nám respondenti odpověděli v otázce číslo deset. Smrt berou jako součást života, nebrání se jí, nebojí se jí. Většina respondentů by si vzala umírajícího do domácí péče, aby byla rodina pohromadě. Pečovali by o ně do jejich skonu. Ošetrovatelskou péči by zastávaly hlavně ženy. Ty obstarávají komplexní ošetrovatelskou péči o umírajícího bez ohledu na pohlaví. S nemocným se loučí celá rodina. Jak loučení probíhá, určuje hlavně umírající. Rodinní příslušníci se snaží vyplnit všechna jeho přání. Výsledek našeho průzkumu, který se týkal smrti se neshoduje s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetrovatelství uvádí: „...Romové pociťují značný strach z bolesti a smrti“. (16, str. 184) (viz graf č. 9)

Na otázku číslo jedenáct odpovídají respondenti jednoznačně. Pohřeb je rodinná záležitost. Setká se celá rodina. Na pohřeb přijíždí i vzdálení příbuzní např. ze Slovenska, Anglie apod. Od chvíle skonu až do pohřbu při zesnulém bdí. Dva až tři dny před pohřbem (někdy celý týden) pozůstali pijí na žal. Po pohřbu odjíždí pozůstali do domu, kde pozůstalý bydlel. Zde se opět pije na žal. Toto se nazývá – „varta“. Jakmile pozůstalý přijíždí na pohřeb, v dopravních prostředcích nesmí hrát rádio. (viz graf č. 9)

V odpovědích na otázku číslo dvanáct se respondenti shodují. Do rakve zesnulému vkládají jeho osobní předměty, které používal ve svém osobním životě a které měl rád (např. zlato, peníze). Mince se vkládají do kapsy nebo do rukou zesnulému a mají sloužit jako peněžní dar pro převozníka. Příbuzní zahrají pozostalému jeho oblíbenou píseň, to je však veškerá hudba, která se na pohřbu zahraje. Dalšími zvláštnostmi je zákaz zpívání, tancování a zákaz t'ukání sklenic. Každý před vypitím své první sklenky odlije trochu na zem – na památku zesnulého. Jeden rok po pohřbu se nesmí pozůstalé ženy podívat do zrcadla, musí se oblékat do černého oblečení, nesmí se dívat na televizi (televize i zrcadla se zakrývají černou plachtou). Proč se nesmí dívat na televizi a zrcadla mi respondenti nedokázali odpovědět. Kočovní Romové přidávají do hrobek zemřelých koberce, z důvodu udělat hrobku útulnější, aby se zesnulému líbila. Romové si sami kupují

hrobky a zařizují si je. Nechtějí zatěžovat své děti jak povinnostmi tak finančně. (viz graf č. 9)

Na otázku číslo třináct odpovídali respondenti obdobně jako na otázku číslo tři. Pouze dva Romové rozšířili odpověď na rituál – vražba. Při tomto rituálu přivolávají „čarodějnice“ nemoci na nepřátele...(např. zazdí do zdi vlasy dotyčné osoby a zaklejí ji). (viz graf č. 8)

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovily tyto hypotézy: Hypotéza č. 1: Romská kultura nemá ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi. Hypotéza č. 2: Romská kultura nemá ošetrovatelská specifika v doprovázení ke klidné smrti. Hypotéza č. 3: Příslušníci Romské komunity by vždy pečovali o své umírající doma.

## **5.2 Diskuze k rozhovorům B výzkumného souboru B – Vietnamská komunita**

V odpovědích na otázku číslo jedna se většina respondentů shoduje a zařazuje zdraví na první místo. Pouze jeden dotazovaný zařadil zdraví na místo druhé. Tento respondent uvedl na prvním místě rodinu. (viz graf č. 13)

Odpovědi na druhou otázku byly jednoznačné. Všichni shodně uvádějí, že o své zdraví pečují hlavně zdravou stravou a dostatkem pohybu. V tomto výsledku našeho výzkumu se shodujeme s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetrovatelství uvádí: „...rovnováha ve skladbě potravin vede ke zdraví...“(16, str. 197) (viz graf č. 22)

Na **výzkumnou otázku č. 4: „Respektuje Vietnamská kultura stáří, staré lidi?“** nám respondenti odpověděli v otázce číslo tři. Všichni respondenti odpověděli, že ke starým lidem se musí chovat s respektem a úctou. Na tomto výsledku se rovněž shodujeme s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetrovatelství uvádí: „Očekává se, že děti budou poslouchat, uctívat rodiče a mít respekt před staršími.“ (16, str. 194) (viz graf č. 22)

V odpovědích na čtvrtou otázku se respondenti opět shodli. Všichni dotazovaní uvádí, že staré osoby musí uctívat, respektovat a musí jim být nápomocni. (viz graf č. 22)

Na **výzkumnou otázku č. 5: „Má Vietnamská kultura ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi?“** nám respondenti odpověděli v otázce pět. V odpovědích na tuto otázku se respondenti mírně rozcházel. Polovina respondentů by o své staré blízké pečovala doma a polovina by je umístila v domově důchodců. Je nutno zmínit, že klienti dodávali - v případě, že by umístili svého rodinného příslušníka do domova důchodců, pravidelně by za ním docházeli a podíleli by se na jeho ošetrovatelské péči. Jeden respondent v rozhovoru uvedl, že by záleželo na zdravotním stavu daného člověka. V tomto výzkumném výsledku se mírně rozcházíme s názorem autorky Novákové, která ve své citaci uvádí: „Kromě správného chování synovská oddanost obnášela péči o nemocné nebo staré rodiče. Děti byly povinny vynaložit veškeré prostředky a úsilí, aby svým rodičům poskytly veškerou péči a pohodlí, a to i na úkor svého osobního štěstí.“ (45) (viz graf č. 14)

V odpovědích na šestou otázku se respondenti shodují ve všech případech. Uvádějí, že starý člověk má v jejich kultuře výsostné postavení. (viz graf č. 22)

V sedmé otázce se odpovědi respondentů mírně rozcházejí. Čtyři dotazovaní by o umírající pečovali v domácím prostředí. Dva dotazovaní by umírajícího umístili v nemocnici, kde by ho navštěvovali každý den. Pokud by dotyčnému umožnil zdravotnický personál pobyt s umírajícím – využili by toho. (viz graf č. 15)

Odpovědi respondentů na osmou otázku byly jednoznačné. Všichni respondenti mají k eutanázii negativní přístup. Tento postoj obhajují svým náboženským vyznáním. (viz graf č. 22)

V deváté otázce měli respondenti, kteří neodmítají žádné medicínské výkony převahu. Pouze jedna respondentka uvedla, že by odmítla pitvu a potrat. (viz graf č. 16)

Odpovědi na desátou otázku byly téměř shodné. Většina respondentů uvedla, že by o své blízké umírající pečovali doma v domácím prostředí. Komplexní péči by prováděly ženy a nezáleželo by na pohlaví jedince. Pouze jeden respondent uvedl, že by umírajícího nechal hospitalizovat v nemocnici. Na tomto výsledku se rovněž



shodujeme s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetřovatelství uvádí: „Vietnamské ženy jsou zodpovědné za péči o nemocného člena rodiny. Poskytují hlavní péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. Očekává se, že nabídnou nemocnému denně koupel a jídlo.“ (16, str. 196) (viz graf č. 17)

V odpovědích na jedenáctou otázku se respondenti většinou shodují. Uvádí, že na pohřbech nehraje hudba, nezpívá se, netančí se. Polovina respondentů uvádí, že ostatky zemřelého se vždy převáží do Vietnamu. Důvodem je klid ducha zemřelého. Na tomto výsledku se shodujeme s autorkou Tóthovou a Sedlákovou, které ve svém článku – K problematice vyšších potřeb v ošetřovatelské péči o vietnamskou minoritu v časopise Kontakt uvádí: „Hlavně u starších lidí se volí kremace, aby bylo možno převést popel zpět do Vietnamu a pohřbít ho poblíž rodiny, což je velmi důležitý slib či závazek, který je třeba ze stany pozůstalých splnit.“ (66) (viz graf č. 18)

Odpovědi na otázku číslo dvanáct byly velmi zajímavé. Většina respondentů uvedla, že preferují tradiční kostrový pohřeb, jelikož po třech letech ostatky opět vykopou a důkladně očistí od zbytků svalů, tak ať jsou kosti dokonale čisté a bílé. Dva respondenti shodně vypráví o nutnosti důstojného pohřbu. Vysvětlují to tím, že by se duchové zemřelých mohli hněvat. Na tomto výsledku se shodujeme s autorkou Novákovou, která ve své citaci uvádí: „Vietnamci od pradávna vyznávají kult předků, tedy věří, že duše zemřelých se vrací na náš svět a aktivně ovlivňují v dobrém či zlém osudy žijících lidí. Duše, které se nedostalo náležitého pohřbu nebo uctívání, bloudí po světě, mstí se a škodí. Proto je nezbytné, aby byl každému zajištěn správný pohřeb a následné dodržování všech rituálů spojených s uctíváním předků.“ (45)(viz graf č. 19)

V odpovědích na třináctou otázku se respondenti v odpovědích shodují a uvádí, že při léčbě různých onemocnění používají prvky tradiční medicíny a to nejčastěji síly jing a jang. Dále uvádějí bylinky, bylinné masti a čaje. Na tomto výsledku se rovněž shodujeme s autorkou Ivanovou, která ve své knize Multikulturní ošetřovatelství uvádí: „Síly jing a jang ovlivňují rovnováhu a harmonii zdraví. Zdraví je vnímáno jako rovnováha mezi horkem a chladem, mezi suchem a vlhkem.“ (16, str. 195) (viz graf č. 20)

Odpovědi na otázku číslo čtrnáct zněly následovně: polovina respondentů dává přednost západní medicíně. Druhá polovina respondentů upřednostňuje medicínu čínskou. (viz graf č. 21)

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovily tyto hypotézy:  
Hypotéza č. 4: Vietnamská kultura velmi respektuje stáří, staré lidi.  
Hypotéza č. 5: Vietnamská kultura nemá ošetrovatelské specifika v péči o staré lidi.

## 6. Závěr

Migrace lidí se každý rok zvyšuje. V ČR stále stoupá různorodost národností, kultur a etnik. Mezi nejpočetnější skupiny vyskytující se na našem území patří romské a vietnamské etnikum.

Vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci je velmi značný. Kultura má velký vliv nejen na životní styl, ale i na ošetrovatelskou péči. Zdravotnický personál by si měl být vědom odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit specifika v poskytování ošetrovatelské péče u asijské a romské menšiny v životní etapě stáří a v doprovázení ke klidné smrti. Dále poznat tradiční způsob péče o jedince příslušných kultur a jeho kladné využití v profesionální péči.

Na začátku našeho výzkumu jsme si stanovily pět výzkumných otázek. Výzkumná otázka číslo 1: Má Romská kultura ošetrovatelské specifika v péči o staré lidi?

Výzkumná otázka číslo 2: Má Romská kultura ošetrovatelské specifika v doprovázení ke klidné smrti? Výzkumná otázka číslo 3: Pečovali by vždy příslušníci Romské komunity o své umírající doma? Výzkumná otázka číslo 4: Respektuje Vietnamská kultura stáří a staré lidi? Výzkumná otázka číslo 5: Má Vietnamská kultura ošetrovatelské specifika v péči o staré lidi? Všechny tyto výzkumné otázky se nám v našem výzkumu podařilo zodpovědět.

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovily tyto hypotézy.

Hypotéza číslo 1: Romská kultura nemá ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi.

Hypotéza číslo 2: Romská kultura nemá ošetrovatelská specifika v doprovázení ke klidné smrti. Hypotéza číslo 3: Příslušníci romské komunity by vždy pečovali o své umírající v domácím prostředí. Hypotéza číslo 4: Vietnamská kultura velmi respektuje stáří, staré lidi. Hypotéza číslo 5: Vietnamská kultura nemá ošetrovatelská specifika v péči o staré lidi.

Prostřednictvím této studie byl učiněn pokus alespoň částečně ucelené formě přiblížit Romskou a Vietnamskou kulturu. Dále bylo snahou stručně charakterizovat zvláštnosti a odlišnosti romské a vietnamské kultury. To vše ve snaze podat aktuální a srozumitelný přehled zpracovávané problematiky. Rovněž bylo vycházeno

z praktických zkušeností autorky s několika klienty, u kterých se podílela na ošetrovatelské péči.

## 7. Seznam použité literatury

1. ANDO, V. *Klasická Čínská medicína: Základy teorie I*. 1. vydání. Hradec Králové: Svítání, 1995. 389 s. ISBN 80-901788-0-4
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1
3. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X
4. ATIYAH, J. a kol. *Jihovýchodní Asie*. 1. vydání. Brno: Jota, 2005. 819 s. ISBN 80-7217-400-2.
5. BALVÍN, J. a kol.: *Romové a etika multikulturní výchovy*. Ústí nad Labem: Hnutí R, 1999. ISBN 80-902149-4-0.
6. BARTOLOMĚJ, D.: *Dějiny Romů*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 1994. ISBN 80-7067-395-8.
7. BRÁZDILOVÁ, V., KRÁTKÁ, A. Moje nejzajímavější kazuistika. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Ročník 1. 1s. 42 – 143. ISSN 1801-1349.
8. Český statistický úřad. Praha: *Cizinci v České republice*, 2006. [online]. [citováno 2006-04-27] Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/ciz/cizinci.nsf/i/pocet\\_cizincu\\_v\\_cr](http://www.czso.cz/ciz/cizinci.nsf/i/pocet_cizincu_v_cr)
9. Člověk v tísní – společnost při České televizi. *Interkulturní vzdělávání: příručka nejen pro středoškolské pedagogy : projekt Varianty*. Praha: Lidové noviny, c2002. 518 s. ISBN 80-7106-614-1
10. DVOŘÁKOVÁ, G., KUDLOVÁ, P. Komunikace sester s pacienty – cizinci. *Sestra*. Praha: 2004. roč. 16, č. 4, s. 54. ISSN 1210-0404.

11. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo- teória: Učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4
12. GEISLER, E. M. *Cultural assesment: Pocket guide series*. 2nd edition. Philadelphia: Mosby, 1998. ISBN 0-8151-3633-1
13. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
14. HÁJKOVÁ, M. *Rodina a zvyky slovenských Romů usazených v České Republice*. In ŠÍŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
15. HERNOVÁ, Š. *Cizinci v České republice a otázky integrace a zdravotní péče in KOLEKTIV. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
16. IVANOVÁ, K. *Národnostní, etnické a kulturní menšiny a našem území*. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN- 80-247-1212-1.
17. IVANOVÁ, K. *Základní pojmový aparát*. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN- 80-247-1212-1.
18. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
19. KALVACH, Z. a kol.: *Vybrané kapitoly z geriatric medicíny chronických stavů I*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-702-8.

20. KLÍMOVÁ, J. *Vietnamci v Česku opouštějí stánky*. Mladá fronta Dnes, sešit B: 27.3.2006
21. KOCOUREK, J. *Vietnamci v České republice* in ŠÍŠKOVÁ, Tatjana (ed.). *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturální společnosti 21. století*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9
22. Kolektiv autorů. *Myšlenky, které měnily svět: moderní encyklopedie*. 1. vydání. Praha: Albatros, 2003. 515 s. ISBN 80-00-01249-9.
23. Kolektiv autorů.: *Romové – O Roma. Tradice a současnost. Angodes the akának*. Brno: Moravské zemské muzeum Svan, Muzeum romské kultury, 1999. ISBN 80-7028-141-3.
24. KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
25. KOŠKOVÁ, J. *Komunikace sestry s pacientem/klientem při poskytování multikulturní péče* in KOLEKTIV. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 210 s. ISBN 80-7042-349-8
26. KOŠKOVÁ, J. *Komunikativní a jazykové bariéry* in KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
27. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0

28. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
29. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
30. KUTNOHORSKÁ, J. Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 5, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
31. KUTNOHORSKÁ, J. Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN- 80-247-1212-1.
32. KUTNOHORSKÁ, J. Komunikace při poskytování multikulturní a transkulturní péče. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN- 80-247-1212-1.
33. KUTNOHORSKÁ, J. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče. *Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 98-101. ISSN 1212-723X
34. MANUŠ, E. *Jdeme dlouhou cestou*. Červený Kostelec: Argot Vitae, 1998. 279 s. ISBN 80-901964-5-4.
35. MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Galén: Sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Semily, 2000. 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
36. MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0
37. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9



38. MASTILIAKOVÁ, D. Transkulturní ošetrovatelství a globalizace zdravotní péče: jejich význam, zaměření a historická hlediska. In KOLEKTIV. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7
39. MASTILIAKOVÁ, D. Transkulturní ošetrovatelství: inovace školních osnov a zásad vzdělávání: výhledy do 21. století. In KOLEKTIV. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 210 s. ISBN 80-7042-349-8
40. MÜLLEROVÁ, P. *Vietnam*. 1. vydání. Praha: Libri, 2004. 127s. ISBN 80-7277-255-4
41. MÜLLEROVÁ, P. Vietnamské etnikum v České republice. In ŠIŠKOVÁ, Tatjana (ed). *Výchova k toleranci a proti rasismu: sborník*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 208 s. ISBN 80-7178-285-8
42. NÁDASKÁ, I., LÍŠKOVÁ, M. Poznat a respektovat. *Sestra*. Slovenská verze. Roč.3, č. 12, s. 8. ISSN 1210-0404.
43. NAVRÁTIL, P. a kol.: *Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 224 s. ISBN 80-7178-741-8.
44. NEČAS, C.: *Romové v České republice včera a dnes*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1995. ISBN 80-7067-559-4.
45. NOVÁKOVÁ, K. *Vietnamská rodina - synovská oddanost*. [on-line] 2005 [cit. 2006-04-27] Dostupné z WWW:  
<http://www.klubhanoi.cz/view.php?cislocclanku=2005011301>

46. NOVÝ, I, MACHL, S. S. Spolupráce přes hranice kultur. 1. vydání. Praha: Management Press, NT Publishing, s.r.o., 2005. ISBN 80-7261-121-6.
47. PAVLATOVÁ, E.: *Bojíte se smrti?* Praha: Olympia, 2001. ISBN 80-7033-061-9.
48. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vydání. Praha: Grada publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
49. *Pomoc přátelům – 2005*. Praha: Česko-Vietnamská společnost. 2006 [online]. [citováno 2006-07-20] Dostupné z www:  
<http://www.cvs-praha.cz/zpravodaj.html>
50. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-885-6
51. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova. Teorie, praxe, výzkum*. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 210 s. ISBN 80-85866-72-2.
52. *Romská rodina*. [on-line] [citováno 2006-10-05] Dostupné z www:  
<http://romove.radio.cz/cz/clanek/18387>
53. ROWTHORN, Ch. a kol. *Jihovýchodní Asie*. 1. vydání. Praha: Svojk & Co, 2003. 926 s. ISBN 80-7237-485-0.
54. SEDLÁKOVÁ, G. Posudzovanie stavu vietnamského klienta v zdraví a chorobe. In: *Ošetrovatelství v pohybu: Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské ošetrovatelské dny*. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. 209-213s.
55. SEDLÁKOVÁ, G. Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a vietnamská komunita. *Časopis moderního ošetrovatelství- Florence*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 50-51. ISSN 1801-464X

56. SEMÍNOVÁ, J., HAIŠOVÁ, J., HAJNÁ, I., ROZIMOVÁ, M. Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské péče osobám narozeným mimo Českou republiku. *Ošetrovatelství*. Praha: 2004, roč. 6, č. 3-4, s. 102-103. ISSN 1212 – 723X
57. SMITHOVÁ, L. *Smrt konečná stanice*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. 31 s. ISBN 80-85282-85-2.
58. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese. Ediční řada - praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
59. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Ediční řada - praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
60. STEWART, M. *Čas Cikánů*. 1. vydání. Brno: Barrister & Principál, 2005. 280 s. ISBN 80-7364-017-1.
61. ŠIŠKOVÁ, T. A kol. *Výchova k toleranci a proti rasismu: sborník*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 208 s. ISBN 80-7178-285-8
62. ŠIŠKOVÁ, T. A kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-648-9
63. ŠPIRUDOVÁ, L. *Etnocentrismus a systém zdravotnické péče jako subkultura*. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN- 80-247-1212-1.
64. ŠPIRUDOVÁ, L. *Teorie transkulturního ošetrovatelství*. In ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN- 80-247-1213-X.

65. TESLÍKOVÁ, A. Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků vietnamské komunity. *Sestra*, 2006, č. 5, s. 24. ISSN 1210-0404
66. TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. K problematice vyšších potřeb v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. *Kontakt*, 2006, č. 1, s.36 – 44. ISSN 12-4117
67. TÓTHOVÁ, V. Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu. In: *Ošetrovatelství v pohybu: Sborník příspěvků z konference 1. Příbramské ošetrovatelské dny*. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006. 278- 282 s.
68. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
69. *Vietnam*. [on-line] [citováno 2006-09-20] Dostupné z [www:](http://www.vietnam-info.cz)  
<http://www.vietnam-info.cz>
70. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.
71. VOMELA, J., a kol. *Chirurgie pro sestry*. I. část. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 210 s. ISBN 80-7013-262-0.
72. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
73. WEIGL, G., WENZEL, F.: *Karma, smrt a umírání*. Praha: Fontána, 2003. ISBN 80-7336-044-6.
74. WOLF, Josef. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a současnosti: Člověk a jeho svět II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 223 s. ISBN 80-246-0099-4

75. ZANDLER, M.: *Křesťan a zdraví*. Svitavy: Trinitas, 2004. ISBN 80-86036-93-6.
76. ZELENÍKOVÁ, R. Respekt k náboženskému vyznání při poskytování péče in KOLEKTIV. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 210 s. ISBN 80-7042-349-8

## **8. Klíčová slova**

- Kultura
- Multikulturní / transkulturní
- Ošetřovatelství
- Sestra
- Smrt
- Stáří
- Vietnam
- Vietnamský pacient / klient

## **9. Přílohy**

Příloha I. – Otázky k řízenému rozhovoru A, výzkumného souboru A

Příloha II. - Otázky k řízenému rozhovoru B, výzkumného souboru B

Příloha III. – Etický kodex sester

Příloha IV. – Charty práv pacientů

Příloha V. – Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče

Příloha VI. – Potřeby nemocného v ošetrovatelství

Příloha VII. – Osobnost sestry, vztah sestry k nemocnému

Obr. 1 - Etnocentrismus

Obr. 2 – Vznik kulturního šoku v souvislosti se zdravotnickou péčí

Obr. 3 - Gigerové – Davidhizarové transkulturní model ošetrovatelského posuzování

Obr.4 - Shrnutí transkulturních modelů a teorií (model Leiningerové, Gigerové  
a Davidhizarové)

Obr. 5 – Schéma komunikace

## **Seznam zkratek**

*ČR* - Česká republika

*ČSFR* - Československá federativní republika

*ČSSR* - Československá socialistická republika

*ČVS* - Česko-vietnamský svaz

*DD* - Domov důchodců

*LF-UP* - Lékařská fakulta – Univerzity Palackého

*MZ ČR* - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

*NsP* - Nemocnice s poliklinikou

*ONP* - Oddělení následné péče

*RVHP* - Rada vzájemné hospodářské pomoci

*Sb.* - Sbírka

*VZP* - Všeobecná zdravotní pojišťovna

*WHO* - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

*ZPr* - Zákoník práce



## **PŘÍLOHA č. I.**

### **Otázky k řízenému rozhovoru A, výzkumného souboru A**

1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?
2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?
3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?
4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?
5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?
6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?
7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?
8. Váš názor na eutanázii?
9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?
10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?
11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?
12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?
13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?

## **PŘÍLOHA č. II.**

### **Otázky k řízenému rozhovoru B, výzkumného souboru B**

1. Uznáváte zdraví jako nejdůležitější hodnotu? Pokud ne, na jaké místo byste ho zařadil/a?
2. Jak Vaše kultura pečuje o své zdraví?
3. Jak vnímáte stáří, staré osoby?
4. Jak se ve své kultuře chováte ke starým lidem?
5. Jak pečujete o staré lidi? Staráte se o ně v domácím prostředí nebo máte speciální zařízení – pečovatelské domy...?
6. Mají ve Vaši kultuře staří lidé výsostné postavení?
7. Kdyby umíral Váš blízký, pečovali byste o něj doma (pokud by nevyžadovali zdravotnickou péči) nebo byste jej hospitalizovali v nemocnici?
8. Váš názor na eutanázii?
9. Odmítáte nějaké medicínské výkony?
10. Váš postoj ke smrti. Berete si umírající do domácí péče. Jakou formou se loučíte a jak o něj pečujete?
11. Jakou formou u Vás probíhají pohřby?
12. Máte nějaké zvyky nebo zvláštnosti v pohřbívání?
13. Používáte v nemoci prvky Vaši tradiční medicíny?
14. Dáváte přednost západní nebo čínské medicíně?

## **PŘÍLOHA č. III.**

### **ETICKÝ KODEX SESTER**

Etický kodex sester vyjadřuje základní standard pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Určuje obecná pravidla, která vyjadřují, jaké hodnoty a morální přesvědčení by měla sestra ve své profesi uznávat. Mezinárodní rada sester (ICN) vypracovala hlavní etické (morální zásady ošetrovatelského povolání, které bylo sesterskou veřejností přijaty v r. 1973. české sestry se k nim hlásí prostřednictvím svých profesních organizací (ČSS, ČAS), pro které byl etický kodex ICN východiskem pro zpracování kodexů vlastních. Uvádím zde kodex ICN, protože oba české kodexy jsou mu velmi blízké a liší se jen v nepatrných detailech.

### **Etický kodex Mezinárodní rady sester**

#### **Etická pravidla zdravotnické péče**

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství:

- pečovat o zdraví,
- předcházet nemocem,
- zlepšovat zdravotní stav,
- tišit bolest.

Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení.

Sestra ve spolupráci s dalšími obory poskytuje péči jednotlivcům, rodinám a komunitě.

### **Sestra a spoluobčan**

Sestra nese odpovědnost za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky a snaží se mu zajistit takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace a pečlivě hodnotí, komu může tyto informace předat.

### **Sestra a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese plnou odpovědnost za ošetrovatelskou činnost, které v praxi provádí a za rozvíjení svých odborných znalostí cestou neustálého kontinuálního vzdělávání.

Sestra se snaží dodržovat co největší úroveň standardní péče v jakékoliv situaci.

Je-li setra pověřena určitým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení jen v případě, že je k tomu kvalifikována. Rovněž vždy, pokud určitou činnost předává jinému pracovníkovi, bere v úvahu, zda je pro ni kvalifikován.

Svým jednáním přispívá sestra vždy k dobré pověsti ošetrovatelského povolání.

### **Sestra a společnost**

Sestra podobně jako ostatní občané iniciuje a účastní se všech společenských aktivit, které se týkají zlepšení zdravotního a sociálního zabezpečení obyvatelstva.

### **Sestra a spolupracovníci**

Sestra úzce spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky, členy zdravotnického i ošetrovatelského týmu, i s pracovníky dalších oborů.

Pokud by byla jednáním některého spoluzaměstnance ohrožena péče o nemocného, je sestra povinna účinně zasáhnout.

### **Sestra a povolání**

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče a získat co nejvyšší stupeň odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje.

Sestra se aktivně účastní při definování odborného obsahu ošetrovatelské péče.

Prostřednictvím odborné nebo odborové organizace sleduje setra pracovní poměry a dodržování podmínek pro stanování přiměřeného platu pro ošetrovatelské pracovníky. (59)

## **PŘÍLOHA č. IV.**

### **CHARTA PRÁV PACIENTŮ**

První charta práv nemocných byla vyhlášena v USA již v roce 1972. po jejím vyhlášení bylo nezbytné, aby zdravotníci přesně a konkrétně vymezili, na jakou péči má nemocný právo, jaké péče mu musí být poskytnuta. Jako reakce na vyhlášení práv nemocných proto začaly vznikat první standardy zdravotní (ošetřovatelské péče, které postupně vymezily kvalitu standardní léčebné i ošetřovatelské péče. Historicky nejstarší ošetřovatelské standardy byly vypracovány Americkou asociací sester.

Česká verze etického kodexu Práva nemocných byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. definitivní verze práv pacientů, která respektuje česká specifika, vznikla na základě výsledků široké diskuze odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992.

Česká verze charty Práva hospitalizovaných dětí vychází z textu Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988. materiál v tomto znění podpořila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993.

#### **Práva nemocných**

pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky, pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů, pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda d ním souhlasí. Vyjma případů akutního

ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní,

pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí,

v průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.,

pacient má právo očekávat, že veškerá zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.,

pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.,

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný, vědecký souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient mlže

kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotnických důsledcích takového rozhodnutí.,

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejdu v rozporu s platnými zákony.,

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

### **Práva hospitalizovaných dětí**

- děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.,
- děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.,
- děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.,
- děti a jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být oháněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkoly podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.,
- s dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.,
- dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.,



- děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.,
- o děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny,
- děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jeho vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.,
- děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu. (59)

## **PŘÍLOHA č. V.**

### **POCHYBENÍ A SANKCE PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Jakákoliv činnost prováděna lidmi může být provázena selháním lidského faktoru s většími či menšími následky. To se týká i poskytování zdravotní péče a v našem případě i poskytování péče ošetrovatelské. Je třeba si uvědomit, že pochybení při poskytování ošetrovatelské péče má následky jak pro pacienta, tak i pro toho, kdo péči poskytoval a dopustil se při tom pochybení.

Právo na soudní a jinou právní ochranu mají jak pacienti, tak i zdravotničtí pracovníci, pokud jsou jejich práva omezována nebo poškozována, což je zakotveno v článku 36 Listiny základních práv a svobod.

#### **Odpovědnost**

Odpovědnost lze obecně definovat jako povinnost strpět sankce za protiprávní jednání. U zdravotnických pracovníků je při poskytování zdravotní péče protiprávní jednáním také postup non lege artis.

#### **Pracovněprávní odpovědnost**

Základní právní předpis upravující pracovně právní odpovědnost představuje zákoník práce (dále jen ZPr). V případě pracovně právní odpovědnosti odpovídá zaměstnanec svému zaměstnavateli. Pro vznik odpovědnosti pracovněprávní platí obdobně podmínky pro vznik občanskoprávní odpovědnosti.

Zaměstnanci (sestry, laboranti, rehabilitační pracovníci) jsou povinni zejména:

- pracovat svědomitě a řádně podle svých sil, znalostí a schopností,
- plnit pokyny nadřízených vydané v souladu s právními předpisy,
- dodržovat zásady spolupráce s ostatními zaměstnanci,
- plně využít pracovní dobu,
- plnit kvalitně, hospodárně a včas úkoly,
- dodržovat právní předpisy vztahující se k práci jimi vykonané,

- řádně hospodařit s prostředky svěřenými jim zaměstnavatelem,
- střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele před poškozením ztrátou, zničením a zneužitím.

K povinnostem vedoucích pracovníků (staniční, vrchní, hlavní sestry, vedoucí laboranti, vedoucí rehabilitační pracovníci) patří zejména:

- řídit a kontrolovat práci,
- organizovat práci
- hodnotit pravidelně poměr zaměstnanců k práci a pracovní výsledky,
- vytvářet příznivé osobní podmínky,
- zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví při práci,
- definovat mzdu zaměstnanců podle jejich výkonnosti,
- zabezpečovat dodržování právních a jiných předpisů.
- zabezpečovat přijetí včasných a účinných opatření k ochraně majetku zaměstnavatele.

S ohledem na zaměření činnosti zdravotní sestry může být setra volána zejména k:

- obecné pracovněprávní odpovědnosti za škodu podle § 172 ZPr,
- odpovědnosti za ztrátu svěřených předmětů podle § 178 ZPr,
- podle § 73 ZPr, ve kterém jsou stanoveny základní povinnosti zaměstnance,
- podle § 74 ZPr, kde jsou stanoveny základní povinnosti vedoucích pracovníků.

### **Odpovědnost funkční**

Odpovědnost funkční bývá odvozována z funkčního postavení zaměstnance. To dává vedoucím pracovníkům na jedné straně určitá oprávnění (vydávat příkazy, pokyny), na druhé straně ale také určité povinnosti (kontrolovat práci podřízených). Neplnění povinností vyplývajících z funkce vedoucího pracovníka zakládá odpovědnost funkční.

Za chod oddělení odpovídá primář oddělení. Za ošetrovatelskou péči oddělení či kliniky vrchní sestra, za ošetrovatelskou péči stanice pak staniční sestra.

Za konkrétní výkon poskytované ošetrovatelské péče sestra, která v rámci svého oprávnění výkon či činnost provedla.

### **Evropská Unie a právo ČR**

Vytvářením nových politických, ekonomických, vojenských seskupení spolu s rozvojem nových technologií, vědy, medicíny a stále rostoucí migrace medicíny si vynucují řádné fungování těchto seskupení, přibližování, sjednocování, právní úpravy, včetně právní úpravy poskytování zdravotní péče.

Faktickým projevem realizace této tendence ve zdravotnictví v ČR bylo mimo jiné přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ze dne 24. 6. 1998. Tato smlouva unifikuje principy a zásady, které jsou podmínkou pro poskytování kvalitní zdravotní péče s akcentací potřeby mezinárodní spolupráce, která by byla k užítku celého lidstva.

Je jistě příjemné konstatování, že řada těchto zásadních principů byla v naší republice zakotvena již v zákoně číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu např. povinná mlčenlivost, souhlas pacienta s doporučenou zdravotní péčí či povinnost postupovat *lege artis*. (72)

## PŘÍLOHA č. VI.

### POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVSTELSTVÍ

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování *potřeb zdravého i nemocného člověka*. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím *ošetřovatelského procesu*. Ošetřovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování nemocného. (68)

#### Holistické přístupy v péči o zdraví

Nová koncepce *profesionálního ošetrovatelství* a jeho postavení v systému péče o zdraví obyvatelstva, představuje ve srovnání s biomedicínským pojetím autonomní a jedinečnou funkci ošetřovatelské profese a ošetřovatelského procesu jako metody ošetřovatelské praxe. Ošetrovatelství jako samostatný obor stojí na vědeckých základech a je nejen vědou, ale i uměním. Sestry v péči o klienty/pacienty používají pět stupňů ošetřovatelského procesu.

Aby sestry mohly kvalitně pečovat o celou lidskou bytost, je třeba pochopit, co znamená holistický (celostní) přístup ke zdraví a péči člověka. (37)

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souhrnem částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému. (68)

Protože psychika a soma jsou citlivé na různé druhy stresů, zdůrazňujeme mezi nimi vzájemný psychosomatický vztah. Somatické problémy vyvolávají problémy psychické a naopak.

Stres zvyšuje náchylnost osob k nemoci a každý nemocný člověk prožívá jak somatickou, tak psychickou nerovnováhu.

Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří somatickou nerovnováhu.

Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožíváním nemoci, zotavování se z nemoci nebo umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické i psychologické potřeby.

Plány ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu ideálně uspokojují tělesné, sociální, emocionální, kognitivní a duchovní potřeby lidí, o které sestry pečují.

Tento studijní materiál tvoří čtyři části:

1. – probíhá psychosomatickou interakci a její důsledky pro ošetrovatelskou péči,
2. – obsahuje důležité holistické teorie zniku onemocnění,
3. – pojednává o různých stresorech a stresových reakcích,
4. – popisuje některé konkrétní metody a způsoby, za pomoci nichž je možné účinně zvládat stres.

Protože uspokojování potřeb lidí, kteří trpí bolestí a smutkem bývá stresující, musí sestry vědět, jak zvládat stres ve svém vlastním životě. Bez poznání sebe sama a vlastního sebeovládání nebudeme schopni pomoci ostatním, kteří prožívají stresové situace. (37)

### **Pojem potřeby člověka**

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka.

Každý jednotlivec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity a kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají důležité potřeby, je stejně nutné si uvědomit, že tyto potřeby jdou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné.

### **Hierarchy potřeb podle A. H. Maslowa**

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii.

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jdou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Jedinec je integrovaný a organizovaný celek, tzn., že každá potřeba je vždy výrazem celého jednotlivce.

### Maslowova kvalifikace potřeb

<b>Vyšší potřeby</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potřeby seberealizace</li> <li>○ Potřeby uznání</li> <li>○ Potřeby sounáležitosti</li> </ul>	Potřeby růstu – metapotřeby
<b>Nižší potřeby</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Potřeby bezpečí</li> <li>○ Fyziologické potřeby</li> </ul>	Nedostatkové potřeby

Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojovanými potřebami.

### Maslowova hierarchie potřeb

1. – Potřeby fyziologické (potřeby pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba, vyjadřující narušenou homeostázu).
2. – Potřeby jistoty a bezpečí (potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě).
3. – Potřeby sounáležitosti a lásky (potřeby afilační, milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, integrace).
4. – Potřeby uznání a sebeúcty (potřeby sebeúcty, sebekoncepce, potřeba uznání souhlasu, autonomie).
5. – Potřeby kognitivní (potřeby poznávat, vědět, rozumět).
6. – Potřeby estetické (potřeby symetrie, krásy).
7. – Potřeby seberealizace (realizovat vlastní potenciál).

## PŘÍLOHA č. VII.

### OSOBNOST SESTRY, VZTAH SESTRY K NEMOCNÉMU

#### Základní role sestry v moderním ošetrovatelství

- *sestra – pečovatel* – tradičně je to role spojená s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra identifikuje ošetrovatelské problémy nemocného a zajišťuje plán jejich řešení,
- *sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny* – v moderním ošetrovatelství je také zdůrazňována edukační činnost sestry,
- *sestra – obhájce (advokát) nemocného* – v případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčí neboť, prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty,
- *sestra – koordinátor* – v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy zdravotnického týmu,
- *sestra – asistent* – sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. (58)

#### Chování a vzhled sestry

- Při prvním setkání s nemocným se představte plným jménem. Noste trvale jmenovku,
- dohodněte se s nemocným předem jak, se budete oslovovat. Nezapomeňte, že každý nemocný má své příjmení,
- v kontaktu s dospělým člověkem vždy vykejte. Ani vy si nenechejte tykat,



- chovejte se kultivovaně. Nepokřikujte, nebuďte vulgární. Pacient i veřejnost vás slyší, i když si to neuvědomujete. Buďte kolegiální, nepomlouvejte, neverbálně nedevalvujte své spolupracovníky,
- důvěryhodnost podporují i vaše neverbální projevy. Využívejte všech forem neverbální komunikace. Nezapomeňte, že mnoho sdělujete svým fyzickým postojem, gestikulací, proxemikou, haptikou, mimikou,
- pamatujte, že důležitou vizitkou důvěryhodnosti zdravotníka jsou jeho ruce. Ošetřeným, přiměřeně dlouhým a čistým nehtům asi nevadí jemná barva laku,
- ve službě buďte vždy čistá a upravená. Přiměřená délka sukně mírně nad kolena působí seriózně. Neklapou zbytečně vaše boty?,
- jen lehké nalíčení vás zkrášlí a dodá pocit důvěry. Přiměřenost patří i k nošení šperků,
- před nástupem do služby se podívejte do zrcadla a po službě si položte otázku: „Vypadám a chovám se tak, že kdybych byla pacientem, měla bych k této sestře důvěru?“,
- vedoucí sestry, buďte příkladem, ale nespolehejte se na to, že vás sestry dobrovolně napodobí. Vyžadujte to. (35)