

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

*Sociální aspekty informovaného souhlasu  
u vietnamské a čínské minority v ČR*

Rigorózní práce

2009

Mgr. Jana Samková

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma **Sociální aspekty informovaného souhlasu u vietnamské a čínské minority v ČR** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 31. července 2009

Mgr. Jana Samková

*Informed Consent and its Social Aspects*  
*within Vietnamese and Chinese Minorities living in the Czech Republic*

**Summary**

The principle of informed consent implements liberty of decision making and protection of benefit of each individual. The execution of any procedure is conditioned by the consent of the patient who must be informed properly and clearly of the essence, the consequences and the risks of the procedure in advance. No human being can be forced to undergo any procedure concerning his/her person without giving his/her consent to it. It is a rule recognized already at international level, which delimits the relationship of the patient and health care professionals. The respect of the patient's wish is guaranteed in such way.

The area in which members of different cultures meet is, among other things, the health care area. Health care must be provided to everybody needing it on the territory of the relevant state, without any differences, according to valid legal frame. The patients' rights must be observed regardless of membership in other nationality or ethnic group. On the contrary, such clients need understanding and possible assistance particularly in case of running into health or social difficulties.

The research subject was to ascertain whether the patients' rights, confirmed in international and national law as well as in the ethical code of patients' rights in the area of informed consent, within which the patient has right to get from his or her physician the data necessary for the patient to make informed decision before every further new diagnostic and therapeutic procedure whether to agree to it, are fully and sufficiently applied in differentiated manner also for minorities. The research is focused on Vietnamese and Chinese minority in the Czech Republic.

The first goal of the thesis was to ascertain the level of information of the patient or potential patient and the patient's social, cultural, ethnic and ethical motives that could lead members of Vietnamese and Chinese ethnic group on the territory of the

Czech Republic to informed refusal of medical or diagnostic examination, intervention or institutional care in some cases because of communication, particularly language barrier or further because the respondent would proceed in such manner even in his or her original country and further because of inclination to alternative forms of medicine and treatment.

The second goal of the thesis was to confirm the hypothesis that respondents from among patients or potential patients of Vietnamese minority are aware of legal right and duty of consent with examination or treatment intervention and use the legal right to information about their health condition in practice. The results of questionnaire investigation were subsequently compared with the previous research made with patients or potential patients of Czech nationality.

Methodical procedure: non-standardized interview and analysis of text documents was used for the first goal; the method of primary research in questionnaire form was used for the second goal.

The results of the thesis demonstrated that the members of Vietnamese and Chinese minority are insufficiently informed of the medical or diagnostic procedures because of communication, particularly language barrier. It was not demonstrated that the respondent proceeded in such way also in his or her original country or that he or she made such decisions because of inclination to alternative forms of medicine and treatment. For second goal of the thesis, it was confirmed that members of Vietnamese minority are aware of legal right and duty of consent with examination or treatment intervention and use that legal right to information about their health condition actively in practice.

It can be stated in conclusion that the thesis results have demonstrated that minority groups must be paid specific attention in communication with the patient.



**OBSAH****Teoretická část**

<b>Úvod</b> .....	9
<b>1. Současný stav</b> .....	11
1.1 Lidská práva a jejich potřeba .....	12
1.2 Mezinárodní dokumenty o lidských právech .....	13
1.3 Lidská práva v oblasti zdravotní péče .....	17
1.4 Etické aspekty v oblasti zdravotní péče .....	20
1.5 Sociální aspekty v oblasti zdravotní péče .....	22
1.6 Úmluva o lidských právech a biomedicíně .....	26
1.7 Informovanost pacienta a informovaný souhlas .....	27
1.8 Informovaný nesouhlas (revers) .....	34
1.9 Komunikace s klientem a pacientem ve zdravotní péči .....	38
1.10 Etický kodex práv pacientů .....	41
<b>2. Menšiny</b> .....	44
2.1 Právní a sociální postavení menšin v zemích Evropské unie .....	44
2.2 Multikulturní nebo transkulturní .....	49
2.3 Etnicita .....	50
2.4 Kultura .....	51
2.5 Kulturní pluralita .....	51
2.6 Kulturní diversita .....	52
2.7 Majoritní a minoritní společnost .....	53
2.8 Strategie přizpůsobení .....	53
2.9 Mezinárodní migrace .....	54
<b>3. Menšiny a minority v České republice</b> .....	56
3.1 Vietnamská minorita v České republice .....	58
3.2 Čínská minorita v České republice .....	60

**Praktická část**

<b>4. Empirická část</b> .....	62
4.1 Předmět a objekt výzkumu .....	62
4.2 Cíl práce .....	62
4.3 Výzkumné otázky, hypotézy .....	63
<b>5. Metodický postup</b> .....	64
5.1 Použité metody a techniky .....	64
5.2 Charakteristika souboru .....	67
<b>6. Výsledky</b> .....	69

6.1 Výsledky k výzkumným otázkám .....	69
6.1.1 Kasuistiky respondentů .....	69
6.1.2 Grafy a tabulky .....	79
6.2 Výsledky k hypotézám .....	94
7. Diskuze .....	103
7.1 Diskuze k obecným závěrům analýzy .....	103
7.2 Diskuze k výzkumným otázkám .....	112
7.2.1 Diskuze k výzkumné otázce komunikační bariéry .....	112
7.2.2 Diskuze k výzkumné otázce sociálních vzorců jednání .....	120
7.2.3 Diskuze k výzkumné otázce k alternativním formám medicíny a léčby .....	123
7.3 Diskuze k hypotézám .....	127
<b>8. Závěr .....</b>	<b>135</b>
<b>9. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>137</b>
<b>10. Klíčová slova .....</b>	<b>149</b>

## **Přílohy**

*Motto:*

*„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec.*

*Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá.*

*Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí  
naprogramovaných dat.*

*Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami.*

*Neznám vás lékaře dobře a odmitám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní  
rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen.*

*Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mě podobní pacienti  
očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.*

*D.Anderson Práva pacientů, USA, Virginie, 1971*



## TEORETICKÁ ČÁST

### Úvod

Cílem rigorózní práce je přiblížit život vietnamské a čínské minority v České republice studentům, pedagogům i široké odborné veřejnosti ve vztahu k multikulturnímu soužití, která je součástí zachování základních lidských práv.

Svět, ve kterém žijeme, prochází dynamickým globalizačním procesem. V něm se každodenně setkávají vlivem nejnovějších technických a informačních technologií lidé mnoha kultur, etnik a náboženství. Důsledkem rostoucí globalizace je existence multikulturních společností. Multikulturita vyžaduje transkulturní chápání společnosti, skupin a jednotlivců, což vyžaduje průnik jednotlivými kulturami a zároveň jejich alespoň elementární znalost.

Setkání kultur a migrace obyvatelstva jsou trvalými a všudypřítomnými jevy, jež v dnešním moderním světě nabývají nových rozměrů a podob. Česká republika svou geografickou polohou a svým zařazením poměrně vyspělého demokratického státu, se stává tranzitem či stále častěji novým domovem pro řadu cizinců. Je nutné na novodobý migrační vývoj v České republice reagovat ve všech oblastech lidské činnosti a lidského setkávání. Je vhodné shromažďovat zkušenosti zemí s velkým počtem národností, jejichž historie a vývoj je poznamenána respektováním odlišných hodnot, jež se opírají o jiné tradice, jinak komunikují a mohou mít i jiná životní očekávání. Rozdílnost kultury se projevuje ve všech oblastech, ať se jedná o oblast materiální, víru, životní styl, oblast duchovní nebo emoční. Jedním z nejdůležitějších aspektů pochopení rozdílných kultur je tolerance, spolupráce a vzájemná komunikace v prostředí, které umožní vzájemnou důvěru a pochopení. Tyto aspekty posilují solidaritu založenou na rozpoznání kulturní odlišnosti, při které dochází k uvědomění se jedinečnosti každého člověka.

I v současné době se setkáváme s projevy strachu a nedůvěry vůči cizincům v majoritní společnosti. Projevuje se jako strach z někoho, kdo vypadá a kdo se chová jinak než my. Cizinci přicházejí do naší země i po našem vstupu do Evropské unie, někteří sem přicházejí za prací a lepším životním stylem, ještě stále menší část

příchozích nás obohacuje na poli vědeckém či rozvoje společnosti. Na druhou stranu přináší České republice novou pracovní sílu, zajímavé tradice a přispívají k růstu populace, čímž naši společnost obohacují. S přílivem nového obyvatelstva tak vzniká potřeba nového soužití. Toto soužití je mnohdy vnímáno jako oboustranně problematické. O tom svědčí i výsledky různých výzkumů, jež poukazují na negativní postoj majority k minoritám, cizincům a uprchlíkům, žijícím na území České republiky.

Společnou cestu k vzájemnému spokojenému soužití lze nalézt však teprve tehdy, dojde-li k vzájemnému poznávání, respektování a toleranci. Multikulturní realita tvoří základ pro to, aby mohli žít lidé s důstojností, svobodně a s respektem, aby byla dodržována a naplňována jejich lidská práva spolu s rovností, solidaritou a spravedlností. Z takových hodnot vycházejí všechny mezinárodní smlouvy, které se spolupodílejí na ochraně lidských práv.

Empirická část práce zkoumá prvky multikulturního přístupu v oblasti realizace zdravotnické péče, konkrétně komunikace s pacientem v oblasti informovaného souhlasu s lékařským nebo diagnostickým zákrokem nebo vyšetřením u příslušníků vietnamské a čínské minority v České republice.

Žijeme ve společnosti, která je tvořena velkým množstvím různých kultur, etniky a většinovou společností. Orientace v takovém prostředí není pro nikoho snadná a vyžaduje dlouhodobou formu pochopení a vzájemného poznávání. Vzájemné multikulturní poznávání na druhé straně přináší obohacení ve všech oblastech života a přináší prospěch každému jedinci. V multikulturní společnosti nebývá upřednostňována jedna či druhá kultura, ale dochází k vzájemnému respektování různých kultur vzájemně. K úspěšné realizace takového modelu je však bezpodmínečně nutná vzájemná otevřenost, která pak může vést k požadované integraci.

## 1. Současný stav

Oblast, v níž se příslušníci různých kultur setkávají, dalo by se říci v mnohých případech ne zcela plánovaně a vyhledávaně, je oblast zdravotní péče. Ta s sebou přináší kromě odborného hlediska i problematiku etiky zdravotní péče, vztahu lékaře, zdravotnického personálu a pacienta a jeho práv. Problematika zdravotnické etiky pak oslovuje bez rozdílu všechny, neboť každý člověk bez rozdílu se dostává v průběhu života do role pacienta a měl by znát svá práva nebo by měl být nastaven takový fungující mechanismus, který by mu dodržování takových práv umožňoval i bez jeho aktivního vlivu s přihlédnutím na sociální situaci, ve které se člověk v přítomnosti nemoci nachází.

Profesionální činnost, která je zaměřena na péči, pomoc, ochranu a podporu jedinců a skupin s různou kulturou, předpokládá rozpoznání problémů vztahujících se k multikulturalitě. Cizinci, žijící na území jiných států, jež přes svou zejména jazykovou a kulturní bariéru se mohou stát rizikovou skupinou klientů-pacientů a je nutné věnovat této problematice dlouhodobě mimořádnou pozornost.

Multikulturními a transkulturními teoriemi se dnes zabývají na celém světě, zejména ve vyspělých, etnicky a kulturně heterogenních společnostech odborníci z mnoha vědních disciplín.

Také Česká republika není zdaleka etnicky a kulturně homogenní společností, jak by se mohlo zdát. Zdravotnická péče v souladu s platným právním rámcem musí být poskytována všem, kteří ji na území státu potřebují, bez rozdílu. Práva pacientů musí být dodržována bez ohledu na příslušnost k jiné národnosti či etniku. Naopak tito klienti potřebují pochopení a případnou asistenci zvláště v případech, kdy se dostávají do zdravotních i sociálních nesnází.

Zároveň dbát na právo nemocného rozhodovat o vlastním osudu při poskytování zdravotní péče, je jedním ze základních lidských práv, neboť se dotýká každého člověka bez rozdílu.

Základním právem pacienta je právo být informován o svém zdravotním stavu, o diagnostických a terapeutických postupech. Zároveň je jeho právem nebýt informován nebo neinformovat o svém zdravotním stavu osoby blízké. Toto právo by mělo být lékaři a zdravotnickým personálem důsledně respektováno. Výše uvedená základní práva jsou zakotvena legislativně v *Úmluvě o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. (20,21,75,76)

### **1.1 Lidská práva a jejich potřeba**

Potřeba práva a jeho soustavného naplňování by měla odrážet, naplňovat a uspokojovat základní potřeby moderního člověka. Právo se stává potřebou, kterou si uvědomujeme, kterou současně uznáváme a respektujeme u druhých lidí. Potřebu práva jasně vidíme v sociálním kontextu začlenění jednotlivce do života společnosti. Potřeba práva a jeho prosazení vůči ostatním tak velmi úzce souvisí s odpovědností a povinností uznávat práva ostatních. (83)

Pojem práva lze definovat jako souhrn zákonů, jež upravují vzájemná práva a povinnosti občanů daného celku. Vztahy mezi jednotlivými lidmi, skupinami i celými společenstvími bývají mnohdy velmi křehké, a proto je potřeba je chránit, podporovat a neustále upevňovat.(68)

V průběhu vývoje lidské společnosti se ze všeobecných úprav vyčlenily jednotlivé oblasti práva, jež se zabývají specifickou problematikou. Nad nimi pak zůstává vše zasahující problematika lidských práv, jež jednotlivé oblasti spojuje pod záštitu ochrany lidské bytosti a jejích nezadatelných práv a svobod. (77)

Pro právo a potažmo lidská práva je důležitějším základem demokracie. Na počátku 20. století psal T. G. Masaryk: „demokracie je opravdu *contradictio in adiecto*, to jest, jestliže se klade důraz na *-kracie*, vládnutí; demokracie znamená lidovláda, ale neběží o vládnutí a panování, nýbrž o *lidosprávu*.(58)

Lidská práva mohou být obecně definována jako taková práva, která jsou neodmyslitelná našemu prostředí a bez nichž bychom nemohli žít jako lidské bytosti.(115) Dovolují nám plně rozvíjet a využívat naše lidské kvality, naši inteligenci, naše schopnosti a naše vědomí a uspokojovat naše duchovní a jiné potřeby.(106) Jsou

založena na rostoucím požadavku lidstva na život, ve kterém se základní důstojnost a hodnotě každé lidské bytosti dostane respektu a ochrany.(26) Lidská práva jsou práva jednotlivců, fyzických osob, člověka (17) a jakožto pozitivní normy lidského chování a vztahů se týkají všech společenských hodnot, zájmů a ideálů. Základní myšlenkou je rovnost všech v jejich lidské důstojnosti: pro její dosažení člověk potřebuje svobodu neoddělitelně svázanou s odpovědností, aby uplatňováním práv a svobod jednoho člověka nebyla dotčena či omezena svoboda a práva druhých.(55)

Vývoj soudobého konceptu lidských práv bývá často sledován od 18. století, které vyvrcholilo americkou *Deklarací nezávislosti* (1776) a francouzskou *Deklarací práv člověka a občana* (1789). Je nicméně důležité vzít na vědomí, že mnoho klíčových prvků lidských práv existovalo a bylo uplatňováno v západních a nezápadních kulturách a společnostech dávných dob. 18. století však přineslo konceptualizaci lidských práv, založenou na individuálních právech na život a svobodu. Tato konceptualizace vznikla ze základů a tradic zděděných po slavných civilizacích minulosti.(76)

Rozvoj lidských práv má evoluční celosvětový charakter. Zájem o občanská a politická práva byl stále častěji přizpůsobován požadavkům na hospodářská, sociální a kulturní práva. (84)

Dnes je tak zvaná třetí generace práv stále více uznávána jako legitimní univerzální aspirace lidstva: právo na mír, rozvoj a čisté životní prostředí, chráněné před zničením. Evropský standard lidských práv je mezi nimi bezpochyby nepropracovanější. (58)

## ***1.2 Mezinárodní dokumenty o lidských právech***

Lidská práva a svobody chrání řada mezinárodních dokumentů, vypracovaných různými mezinárodními organizacemi, jako Organizace spojených národů, Rada Evropy, Evropská unie a další. V rovině deklarací základních lidských práv je důraz kladen na lidství samo a na znevýznamnění odlišností rasy, pohlaví, sociálního původu a podobně. Vývoj těchto deklarací naplňuje postupně pojmy a rovnosti a reprezentuje humanitní smysl moderní demokracie. (22)

Mezinárodní dohody obecně, a v oblasti lidských práv zejména, mají sloužit tomu, aby vytvářely pro účastnické státy potřebné závazky. V tomto směru můžeme odlišit dvě kategorie závazků. Jedny lze charakterizovat jako absolutní a okamžitě realizovatelné, jiné jako relativní a postupné. Integrace Evropy v oblasti lidských práv není stará. Evropské země k ní přistoupily již za II. světové války, kdy státy byly přesvědčeny, že zachování trvalého míru na nejmenším světadílu není možné bez upevnování demokracie a prohlubování respektu k lidským právům a svobodám. V zápase za faktické přežití části lidstva, byl v praxi poprvé uznán a uplatněn princip univerzality lidských práv a jejich ochrany v zájmu mezinárodního společenství jako celku. (27)

Skutečnost, že v průběhu necelého půlstoletí vzešla z Evropy dvakrát světová válka, že zejména Evropa sama byla jejich hrůzami nejcitelněji zasažena a že se na těchto událostech podílely státy a národy, považované do té doby za nanejvýše „civilizované“, měla přímou souvislost s regionálním úsilím o ochranu lidských práv. (121)

V mezinárodní ochraně lidských práv jde v první řadě o dokumenty univerzální. Univerzální ochrana lidských práv zajišťuje minimální standart nakládání v zemích, které mají různé pohledy na postavení jednotlivce. Taková ochrana je nutně minimální. Silnější je ochrana regionální, v Evropě založená na společném kulturním a civilizačním dědictví. (58)

Z vůdčích principů, jež jsou společné všem smluvním instrumentům a ovládají celý jejich obsah, je nutno, v návaznosti na zvolené téma, vyzdvihnout zejména princip *nediskriminace*.

V Úmluvách se objevuje často nediskriminační článek, který jednoznačně stanoví, že žádný důvod nemůže a nesmí vést k diskriminaci jednotlivce při realizaci práv a svobod. V těchto nediskriminačních člancích často nacházíme, s malými odchylkami, výčty zakázaných důvodů diskriminace. Patří mezi ně barva pleti, rasa, pohlaví, náboženství, majetek, politické nebo jiné přesvědčení, národní nebo sociální původ nebo jiný status. Toto ustanovení má mimořádný význam pro každou úmluvu i pro celý kodex. (128)

Sám pojem diskriminace je předmětem dvou specializovaných úmluv: *Úmluva o vyloučení všech forem rasové diskriminace* a *Úmluva o vyloučení všech forem diskriminace žen*. (78)

Jedním ze základních pilířů mezinárodní spolupráci a vůle k ochraně lidských práv bylo přijetí *Všeobecné deklarace lidských práv*, jež byla schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948 a stala se jedním ze základních dokumentů ochrany lidských práv ve světě v období po dvou světových válkách. Toto výročí bylo prohlášeno OSN za Den lidských práv.(135) Text Všeobecné deklarace lidských práv je spojován s její morální a politickou autoritou. Méně již s její autoritou právní. Pravdou je, že Deklarace není smlouvou, a ani jako smlouva nebyla svými účinky zamýšlena, ale řada nově vzniklých států byla deklarací inspirována a ve svých ústavách se na ni odkazuje jako na pramen práva.(24)

Pro soudobé dějiny má značný význam *Závěrečný akt Konference o bezpečnosti a spolupráci v Evropě* (Helsinky, 1975). Jeho 10 principů zakotvilo poválečný status quo v Evropě (územní celistvost a svrchovanost států, nevměšování do vnitřních záležitostí apod.). (18)

Další přelom v devadesátých letech minulého století v oblasti lidských práv má *Úmluva o právech dítěte*, přijatá 20. listopadu 1989 Valným shromážděním Organizace spojených národů a ratifikovanou Českou republikou v březnu 1993.(46) V Evropě není žádný stát, jež by se k Úmluvě nepřipojil. Úmluva o právech dítěte se odvolává na základní principy OSN a na zvláštní ustanovení některých důležitých dohod a prohlášení o lidských právech. Potvrzuje skutečnost, že děti vzhledem ke své zranitelnosti potřebují zvláštní péči a ochranu. (12) Velký důraz je kladen jak na právní a na další formy ochrany dítěte před a po narození, tak na význam rodinného prostředí, atmosféry štěstí, lásky a porozumění, na respektování kulturních hodnot společnosti dítěte a na významnou roli mezinárodní spolupráce při naplňování práv dítěte. Podstatou Úmluvy o právech dítěte je specifikace práv dětí a ochrana milionů z nich, žijících v těžkých životních podmínkách. Je považována za nejprogresivnější podrobnou úmluvu o lidských právech, která kdy byla přijata, a protože určuje legální a morální bázi ke zlepšení života dětí, je někdy oprávněně nazývána „Magna charta“

děti.(12) Tato konvence představuje mezinárodní standart, měřítko, podle něhož lze soustavně hodnotit úroveň a postavení národů.(108)

Existuje velmi rozsáhlý mechanismus právní, politické a morální ochrany lidských práv a základních svobod jak na vládní, tak na nevládní mezinárodní i vnitrostátní úrovni. (17)

Součástí efektivní ochrany lidských práv je úplný a fungující systém právních norem na vnitrostátní úrovni. Pokud se stát zavázal respektovat určitá práva, musí též zajistit nápravu, dojde-li k jejich porušení. Nejúčinnější cestou k tomu je vytvoření příslušných právních norem, mechanismů a institucí, jež by kontrolovaly, a též cestou donucení (i státních orgánů) zabezpečily nápravu. (123)

Významným faktorem v oblasti ochrany lidských práv je i síla veřejného mínění. Její význam vzrůstá s tím, že se zmenšují vzdálenosti ve světě, jak vzrůstá vzájemná propojenost společností, jak se zmenšují vzdálenosti ve světě, jak vzrůstá vzájemná propojenost společností, jak se zlepšují komunikace a roste význam masových médií. Tuto skutečnost dnes nemohou ignorovat ani velmoci.(81)

K historicky mladším patří mezinárodní dokument *Úmluva o lidských právech a biomedicině*. V mezinárodním kontextu nestojí Úmluva o lidských právech a biomedicině a její dodatkové protokoly osamoceně. Vzpomínky na brutální zneužívání medicínských věd při nelidských pokusech na lidech ve druhé světové válce, prováděné pod heslem „čisté nordické rasy“, vyvolaly naléhavou potřebu mezinárodní ochrany pro budoucnost a zdůraznily snahu o zamezení manipulace s lidmi pro účely rozvoje medicíny. (122)

Prvním krokem na této dlouhé cestě byly Norimberské kodexy z roku 1947 a Helsinská deklarace Světové lékařské asociace v roce 1964. Závěry konferencí v Tokiu 1975 a v Manile 1980 potvrdily, že člověk není a nemůže být předmětem vědy a zdravotní péče, ale že sám má plné právo rozhodovat o svém osudu, včetně práva odmítnout lékařskou péči a rozhodnout o důstojném umírání. (76)



### ***1.3 Lidská práva v oblasti zdravotní péče***

Bouřlivý rozvoj, k němuž dochází zhruba od poloviny 20. století v oblasti biologie, lékařských věd a medicínské praxe, vede k obavám, že se klienti mohou stát bezprávnými subjekty v mašinérii vědeckého a zdravotnického provozu a může se zcela vytratit osobní vztah mezi pacientem a lékařem. Mohlo by hrozit, že nové možnosti manipulace s lidskou bytostí povedou ke zpochybnění až popření lidské důstojnosti.

Zdravotní péče je vysoce komplikovaný fenomén, který se vážně dotýká převážné většiny lidí. Vzhledem k tomu, že je ve hře zdraví, život a lidská důstojnost, nepřekvapuje, že zdravotní péče je ve středu pozornosti a je předmětem studia mnoha vědních oborů.

Již při prvním přiblížení k fenoménu zdravotní péče se ukazuje, že jde o fenomén obtížně vymežitelný. Na první pohled není jasné, co je a co není zdravotní péče. Je zdravotní péče jakákoli péče o zdraví, zahrnuje tedy i péči o životní prostředí a preventivní medicínu, nebo jde o péči o nemocné lidi? Týká se zdravotní péče jen odborné péče zdravotníků, nebo zahrnuje i svépomoc laiků? Nezbývá tedy než v prvním kroku fenomén zdravotní péče vymežit, tj. pokud možno jednoznačně popsat, které části péče o zdraví se chceme věnovat. (75)

Zde je pojem zdravotní péče vymezen jako ta část péče o zdraví, ve které se setkává nemocný člověk s pečujícím profesionálem a cílem tohoto setkávání je v ideálním případě uzdravení z nemoci, a pokud toto není možné, pak alespoň dílčí pomoc ve smyslu úlevy v obtížích, úpravy postižených funkcí a zachování lidské důstojnosti. (91)

Arnold Gehlen vychází z přesvědčení, že člověk je ve své podstatě bytost velmi slabá a zranitelná. Příroda se k němu zachovala macešsky. Neexistuje snad živý tvor, který by například vyžadoval tak dlouhou a vydatnou péči ještě mnoho let po svém narození, jako člověk, neexistuje tvor, který by byl tak neschopný sám, na základě svých biologických dispozic, přizpůsobit se svému okolí. Tuto slabost kompenzuje však člověk něčím, co se postupně stalo nesmírnou výhodou, tedy technikou a kulturou.

Všechny vynálezy a kulturní výtvořy jsou vlastně doplňky nedostatků, jimiž strádáme. Naše tělesné orgány jsou těmito vymoženostmi postupně nahrazovány, umocňovány a odlehčovány, takže jsme schopni přežit díky tomu, že své okolí nově organizujeme. Člověk je ovšem také zpětně kulturou a technikou ovlivňován a dnes je jí dokonce už i ohrožován. (4)

Také pojem zdraví prošel svým vývojem. Od „stavu nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů“ před rokem 1948, dále „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady“ po roce 1948 až ke „schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (r. 1977). Vývoj definice „zdraví“ zcela zřetelně ukazuje zvyšující se náročnost na tuto definici a na pojmenování tohoto stavu. Mimo jiné dokládá vlastní nutné propojení zdravotnictví se sociální problematikou. Definice z r. 1977 je již definicí zdravotně sociální.(108) V současné době se setkáváme již s definicí "nepřítomnosti nemoci nebo tělesného defektu a schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život".

Ochrana lidských práv ve zdravotní péči je pojata ve třech úrovních:

Zájem jednotlivce je první z úrovní pohledu ochrany práv lidské bytosti. Každému jednotlivému člověku nesmí hrozit nebezpečí v důsledku chybného využívání vědeckých poznatků. Jednotlivci se přikládá významná, nenahraditelná pozice. Týká se zejména ochrany proti nepatřičným zásahům do lidského těla, zákaz používání částí lidského těla k finančnímu prospěchu nebo omezení genetického vyšetření.

Zájem společnosti je druhou rovinou, v níž je každá lidská bytost pokládána za součást sociální komunity, na základě etnické příslušnosti, určitého prostoru, zajištěného řadou právních norem. Při rozhodování o využití výsledků vědy se jimi společnost musí řídit. Zásadní prioritu tvoří zájem jednotlivce a je mnohdy nadřazen zájmu společnosti, avšak je zde i ponechán prostor pro celou společnost, zejména v souvislosti v rozvojem vědy. Nadřazenost společnosti nad zájmem jednotlivce je přesně definována a řídí se konkrétními situacemi v návaznosti na právní normy.

Zájem lidstva jako celku je třetí rovinou. Tato rovina se týká zejména oblasti genetiky. Jsou to předně nově objevené poznatky, zabývající se lidským genomem s možností do něj zasahovat, ovlivňovat jej. V souvislosti s tím se objevují nedozírné

možnosti diagnostiky známých, či ještě neprobádaných onemocnění v návaznosti na jejich cílenou terapii. Předpokládá se možnost uplatnění v prevenci mnoha závažných chorob. Zde však více než jinde vyvstává riziko pro jednotlivce, celá společnost, ale i pro lidstvo samo.(80)

Medicínské právo není v pojetí českého právního řádu chápáno jako samostatné právní odvětví, ale jako soubor mnoha předpisů různých právních odvětví, které upravují právní vztahy vznikající při poskytování zdravotní péče. Mezi tato právní odvětví řadíme zejména právo správní, občanské, trestní a právo pracovní.

V rámci České republiky pak rozlišujeme dva přístupy. Jednak je medicínské právo chápáno jako odvětví správního práva, které se zabývá poskytováním zdravotní péče občanům, jednak se velmi úzce dotýká práva občanského.(57)

Úkolem medicínského práva je regulovat veškeré právní vztahy související se zákonem zaručenou péčí o zdraví. Dle právní síly se dotýkají i medicínského práva normy různé právní síly. Je to Ústava ČR a ústavní zákony, zákony a mezinárodní smlouvy, ratifikované v souladu s Ústavou, nařízení vlády a vyhlášky jednotlivých ministerstev, vyhlášky a nařízení krajských úřadů a vyhlášky obcí.(9)

Základním pojmem zdravotní péče je *ochrana lidského života*. Právo na ochranu lidského života je zakotveno jak v mezinárodních, tak vnitrostátních dokumentech.

Listina základních práv a svobod v ust. čl. 6 říká, že každý má právo na život a lidský život je hoden ochrany již před narozením, nikdo nesmí být zbaven života a trest smrti není přípustěn.

V úzké návaznosti je *právo na ochranu zdraví*. To je zakotveno v čl. 31 Listiny, v níž je uvedeno: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek jež stanoví zákon“.

V této souvislosti je důležité vymezit *subjektivní práva osob* podílet se na péči o své zdraví. Tím je především právo jednotlivce rozhodnout, kdo a jakým způsobem bude pečovat své zdraví, s čímž souvisí také otázky například s nakládáním se zdravotnickou dokumentací. Toto subjektivní právo však nesmí být v rozporu se zájmy ostatních osob, jež jsou chráněny příslušnými normami zejména v oblasti trestního práva.

Obecným předpokladem výkonu zmiňovaného povolení je především příslušné odborné vzdělání. Konkrétní profesi je pak možno vykonávat svobodně, avšak s podmínkou povinného členství v příslušné profesní komoře. Tyto komory vykonávají odborný, etický a disciplinární dohled nad svými členy. Z hlediska správního práva jsou tyto komory tzv. zájmovými samosprávnými organizacemi.

Mezi prameny medicínského práva dále řadíme i řadu podzákonných norem, zejména vyhlášek ministerstev. Orientace v nich je často vzhledem k jejich množství dosti obtížná.

K nejdůležitějším mezinárodním pramenům medicínského práva patří Úmluva o ochraně lidských práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a směrnice Rady Evropy. (74)

#### ***1.4 Etické aspekty zdravotní péče***

Etika, morální filosofie, je věda o mravnosti. Věda o tom, jak by se měl člověk chovat, o hodnotách, které by měl uskutečňovat. Etické postupy nás provázejí v různých formách celým životem. Někdy vyžadují dokonce urgentní rozhodnutí s mohou mít dalekosáhlý význam. (34, 32)

Zdatná medicínská technika vede k určitému odlidštění a pacient je často vnímán pouze přes obrazovky přístrojů. V souvislosti s vývojem vědy dochází ke vzniku nových etických problémů, vývoj vědeckého poznání sebou přináší potřeby etické reflexe. Lékaři se řídí etickými kodexy, které jsou přijímány lékařskými profesními sdruženími – komorami. (28, 42, 66)

Základy lékařské etiky vychází od Hippokrata. Nejstarší a nejznámější je Hippokratova přísaha, která byla napsána kolem roku 400 před naším letopočtem a je dosud v obecných principech přijímána, (20) byť byla v novodobé historii doplňována a pozměňována.

Moderní etická teorie má za cíl vytvořit mechanismy pro řešení našich morálních problémů, v nichž se uplatňují tři hlavní principy. Prvním je morální hodnota života. (11) Drahocennost života je všeobecně uznávaným principem. Je problematické například při hromadných katastrofách stanovit, koho s omezenými kapacitami

přednostně zachránit, či život má větší hodnotu. Druhým cílem je kvalita života. Kvalitu života vyjadřují veličiny jako zdraví, naplnění potřeby být milován a milovat, možnost využívat všechny schopnosti. (67) Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem.(30) O kvalitě cizího života si můžeme udělat je přibližnou představu, která bude ovlivněna našimi postoji a zkušenostmi. Třetím cílem je posvátnost života. Princip posvátnosti vyplývá zpravidla z náboženských postojů, ve však široce uznáván. Nikdo obvykle nezpochybňuje právo člověka na život. (23, 32)

Porevoluční euforie, orientovaná na humanistické, demokratické a etické hodnoty a vyjadřovaná spontánně téměř celou společností pomalu vyprchává. Spíše naopak, jako by lidé pochopili, že být úspěšný předpokládá dnes často charakterové prvky bezohlednosti, tvrdosti, podvodu a angažování se podle předpokládaného osobního prospěchu v oblasti materiální, ve společenském postavení nebo v mocenském zisku. Tedy vše, jen ne etika, o které se dnes tak často hovoří. Ani povolání zdravotníků není uchráněné od těchto moderních tendencí.(71) Má ještě veřejnost právo v takové celospolečenské atmosféře očekávat a vyžadovat od zdravotnického pracovníka vyšší etický standard než od jiných povolání a profesí? Je etický profil lékaře jen zrcadlovým obrazem celé společnosti? (71)

To jsou otázky, které provázejí nejen zdravotnické konference, ale rezonují v celé společnosti.

Tlaky a potřeby v medicíně stále stoupají. Ekonomické, vědecké i společenské tlaky nutí vlády zemí, ale i mezinárodní organizace a organizátory zdravotní péče do reformy medicíny a zdravotnictví spojené s respektem k etickým normám a principům.(103) I úspěchy medicíny, které nemají v dějinách medicíny obdoby, jsou dvojsečné. Cenou za tyto úspěchy byl nárůst chronických onemocnění a prodloužení života je spojené často s vyšší morbiditou či polymorbiditou starých lidí a v ekonomické rovině vyššími náklady. (71)

Vztah etiky a práva je složitý. Obvykle bývá zdůrazňován fakt, že právo je minimem mravnosti. Tím je myšlena skutečnost, že v legislativním zakotvení mohou být jen taková ustanovení, se kterými je vyjádřen všeobecný konsensuální souhlas, V oblasti křehkých a komplikovaných vztahů lékařů a pacientů a při existenci celé řady

specifických, dokonce dilematických situací je nutné, aby zákonná pravidla byla dostatečně „široká“. To proto, aby umožnila určitý interpretační prostor pro specifické řešení problémů ve vztahu konkrétního lékaře a konkrétního pacienta. Příliš „těsné“ nebo naopak příliš „volné“ právo je na škodu věci.

Všechny kodexy práv pacientů měly původně výhradně etický charakter a nebyly právně vymahatelné. Úmluva o biomedicině prakticky všechna deklarovaná práva pacientů obsahuje a umožňuje jejich vymahatelnost. Úmluva o biomedicině je nepochybně významným dokumentem i v etické oblasti, ale je třeba i nadále posuzovat i v kontextu dalších, jmenovitě etických souvislostí. (21)

### ***1.5 Sociální aspekty zdravotní péče***

Na základě společných sociálních zkušeností jsou vytvářeny typy sociálního charakteru. S nimi jsou spjaty morální orientace a způsoby formování mravních norem. Lidská osobnost je chápána jako celek všech vlastností a schopností, jejíž součástí je charakter. Ten se formuje na základě životních zkušeností. Součástí něho je sociální charakter jako součást charakteru osobnosti člověka, jež není vlastní jenom jednotlivci, ale i mnoha dalším lidem, s nimiž má obdobné životní podmínky a tvoří s nimi společenskou skupinu. Každý jedinec se pohybuje v sociálních rolích, jež jsou označením souhrnu norem, včetně norem etických, jež představují určitý standard chování, který ostatní členové skupiny nebo společenství očekávají od jednotlivce vzhledem k postavení, jež ve společnosti zaujímá. Na spojnici mezi společensky uznávanou soustavou etických norem, nazývanou mravností a morálkou jednotlivce se podílí zejména rodinná výchova, tedy vliv rodičů, dále výchova ve škole, řada vrstevníků, apod. Typy sociálních charakterů jsou vlastně sociálně psychologickým terénem, na němž se ujímají různé etické normy. Jsou podle některých autorů vlastně společenským mentálním životním prostředím etického rozumu. Při vědomí jejich odlišností lze lépe porozumět proměnám mravních norem a jejich přijímání nebo odmítání. (12, 76)

O sociální politice můžeme pojednat jako o vědě nebo jako o druhu lidské činnosti. Jako věda sociální politika zkoumá a kategorizuje sociální problémy a jevy ve společnosti, úsilí o řešení problémů a způsoby ovlivňování vývoje sociálních jevů. Z analýz úspěšnosti pak vyvozuje závěry o efektivnosti řešení a formuluje možné alternativy pro další společenské úsilí. Studie nemohou být odděleny od studie společnosti jako celku ve všech jejích rozmanitých sociálních, ekonomických, politických aspektech. Činí tak v kontextu dané společnosti a kultury, v dané době, s přihlédnutím k daným geografickým, ekonomickým a politickým souvislostem.

Lidé jsou sociální tvorové. Od raných dob se sdružovali. Vytvářeli společenské, sociální systémy – rodinu, klan, hordu, kmen. Uspořádali si život podle určitých pravidel v určitý sociální řád. Utvářeli si síť vzájemných sociálních vztahů a vazeb, aby mohli vykonávat základní sociální funkce, jako je živení se, bydlení, bavení se a množení. vytvářeli instituce nejrůznějšího druhu, v nichž se sdružovali a vyžadovali, aby se tak sdružovali všichni členové společenství. Strukturováním svých sociálních vazeb vytvářeli sociální struktury včetně mocenských a rozdělovali se společenské, sociální role. Vytvářeli si řád věcí společných. Přitom v té či oné míře pamatovali na své členy, kteří měli omezení zdravotní předpoklady ke společenskému životu a práci, tedy i k rozdělování. (14)

Socializační, integrační funkce v sociálním systému souvisí s účastí jedince na společném dění. Plní tak jednak rodina, jednak i jiné instituce jako obec, škola a státní a nestátní instituce. Umožňují lidem stát se sociálními tvory a integrovat se do společenských systémů, nebo se do nich „reintegrovat“, když z nich z různých důvodů před tím „vypadli“. Funkce solidaritní a vzájemnostní souvisí s vyrovnáváním nežádoucích rozdílů ve společnosti, které mohou působit napětí a kolaps. (99)

Míra solidarity může být reziduální, korporativní nebo institucionální. V reziduálním pojetí se stát stará jen o ty, kteří se z objektivních důvodů nemohou postarat o sebe a o své rodiny. V korporativním pojetí stát nutí občany a jejich zaměstnavatele, aby se postarali sami o sebe a stát se pak stará jen o ty, kteří se o sebe a své rodiny z objektivních důvodů nemohou postarat. V institucionálním nebo také některými autory nazývaném sociálnědemokratickém pojetí stát přebírá veškerou

odpovědnost za sociální péči na sebe a vytváří systémy institucí organizujících solidaritu, redistribuci zdrojů mezi občany. (14)

Právo na zdraví je nezadatelným právem, proto zdraví a nemoc jsou předmětem státní sociální politiky. Zdraví je pojímáno buď úzce jako biologický stav člověka, nebo široce, jako biologicky přijatelné podmínky a prostředí. (124)

V odborné literatuře a legislativních materiálech se pojmy zdraví, zdravotní péče, zdravotnictví a zdravotní služby stejně jako s pojmem zdravotnický systém zachází velmi nepřesně, jejich význam často splývá. (32)

Zdraví lze definovat negativně jako nepřítomnost fyzické a duševní nemoci. Lze je definovat i pozitivně jako stav dokonalé tělesné, duševní a sociální rovnováhy, tedy pohody, která je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí.

Dva definiční prvky se opírají o rovnováhu stavu, která má svou stránku tělesnou, duševní, sociální. To jsou fyziogenní, psychogenní a sociogenní faktory zdraví a o rovnováhu funkcí, která se týká funkcí organismu, nikoli obecně, ale ve zcela konkrétním vztahu k prostředí, ve kterém člověk žije. (99)

Světová zdravotnická organizace pojímá zdraví širěji. Vychází z předpokladu, že každý člověk by měl mít příležitost plně využít svého genetického potenciálu a prožít svůj život bez zbytečného utrpení a ve stavu co nejúplnějšího fyzického, psychického a sociálního blaha. To předpokládá možnost fyzického a psychického vývoje bez jakýchkoliv překážek v podobě nedostatečné výživy či znečištěného prostředí a s maximální ochranou před infekčními onemocněními. Nejčastějšími zdravotními riziky jsou nedostatek pitné vody, nedostatek hygieny a sanitárních zařízení a kontaminovaná strava bakteriemi a plísněmi. Hlavní typy zdravotních rizik jsou infekční onemocnění, pracovní úrazy a nemoci z povolání a společenské prostředí, resp. nehody, úrazy a škodlivé návyky, jako je např. alkohol a drogy a jiná rizika vycházející z rodinného, životního a sociálního prostředí a globální životní prostředí, resp. ohrožená slunečním zářením a znečištěním půdy, vody a vzduchu. (99)

Zdraví se stává sociální událostí v okamžiku, kdy člověk potřebuje ochranu nebo léčbu, která vyžaduje odbornou pomoc, zařízení, techniku a léky, jejichž náklad obvykle přesahuje finanční možnosti jednotlivce.



Zdraví je výsledkem rovnováhy určitého biologického, fyzického a sociálního prostředí, která vytváří předpoklady pro to, aby se člověk mohl socializovat, integrovat, chovat se a projevovat jako sociální bytost. Dojde-li k narušení této rovnováhy biologických a psychických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzickém a sociálním prostředí, mluvíme o nemoci či chorobě. (108)

Nemoc se stává sociální událostí v okamžiku, kdy člověk nemůže zabránit poruše svého zdraví, nebo nemá dost vlastních sil a zdrojů, aby tuto poruchu odstranil, léčil se a rehabilitoval. Sociální událostí se nemoc stává, potřebuje-li člověk pomoc jiné osoby nebo pomoc peněžní, resp. ekonomickou pomoc či pomoc institucionální, tedy službu. Teprve porucha zdraví spojená s touto potřebou nebo neschopností postarat se o sebe vytváří z nemoci sociální událost. (99)

S tím je úzce spojena péče o zdraví a zdravotnictví. Nejširší obsah může být přiřazen péči o zdraví jakožto souboru všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti.(32) Na to navazuje ochrana, obnova a obnova zdraví, jež zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. Jako taková prolíná celé národní hospodářství , v globalizujícím se světě přesahuje hranice států. Ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivity ekonomicky výhodnější než obnova narušeného zdraví.(32)

Cílem péče o zdraví je umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu a cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícímu zdravotnické služby.(39)

Je důležité, aby současná i budoucí medicínská praxe pod vlivem stále více expandující lékařské a biologické technologie a na ní navazujících komerčních zájmů neopouštěla základní cíl a poslání zdravotní a sociální péče, jímž je pomoc nemocnému a potřebnému jako lidské bytosti. Aby v důsledku mylně interpretovaného finálního cíle nevolila takové prostředky, jež by mohly vést k poškozování lidských práv. Jako prioritní by mělo stále a neomezeně platit, že zájem lidské bytosti je nadřazen zájmu společnosti nebo vědy.(123)

## ***1.6 Úmluva o lidských právech a biomedicíně***

V roce 2001 ratifikoval Parlament České republiky mezinárodní smlouvu – Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tzv. Úmluvu o biomedicíně. Mimořádný význam této Úmluvy o biomedicíně tkví v tom, že jde o nejvyšší zdravotnický zákon země, který má přednost před všemi ostatními, dosud platnými zdravotnickými zákony. Pokud je mezi Úmluvou o biomedicíně a „běžnými“ zdravotnickými zákony shoda, je vše v pořádku, Pokud existuje rozpor, má aplikační přednost úmluva. Vzhledem k tomu, že Úmluva o biomedicíně je založena na strategii důsledného partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem, který v naší běžné klinické praxi ještě není vždy a všude ustálenou majoritní strategií, může právě mezi nimi docházet k celé řadě nedorozumění. Úmluva o biomedicíně se totiž vztahuje na všechny lékařské a biologické aplikace týkající se lidských bytostí, a to včetně aplikací preventivních, diagnostických, léčebných a výzkumných. (6, 21, 127)

Jménem České republiky byla Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny podepsána ve Štrasburku dne 24. června 1998. V České republice je platnost vyhlášena zák. č. 96/2001 Sb. a ČR je v současné době její smluvní stranou. Závazky z nich vyplývající se tedy plně dotýkají českého zdravotnictví. Byl jí přiznán statut smluv o základních lidských právech a svobodách dle čl.10 Ústavy ČR, nadřazených nad běžné zákony. (31)

Také Šimek (92) upozorňuje na fakt, že Úmluva o biomedicíně je součástí našeho vnitrostátního práva a všichni jsou povinni se dle ní řídit.

Je potěšitelné, že Česká republika patří mezi členské státy Rady Evropy, které tuto Úmluvu přijaly za svou a vyjádřily tak odhodlání ji naplňovat. Závazky a ustanovení Úmluvy se ratifikací a vyhlášením staly součástí našeho právního řádu a v závislosti na své normativní povaze mohou zakládat i subjektivní práva jednotlivců.

Není pochybnosti o tom, že Úmluva o biomedicíně bude již nyní a perspektivně s větší důsledností ovlivňovat každodenní setkávání lékařů a pacientů. (21, 127)

### ***1.7 Informovanost pacienta, informovaný souhlas***

Informovaný souhlas s stal důležitým nástrojem pro poskytování informací a považuje se za náležitý projev pacientovi vůle. Jeho faktický, nejen informační, ale i psychologický a právní význam je mimořádný proto, že bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. V článku Úmluvy o biomedicíně je uvedeno: ***Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.*** (21)

Informovaný souhlas se v praxi medicíny objevil teprve v průběhu sedmdesátých let. Informovaný souhlas obsahuje především práva pacienta na plnou informovanost o svém onemocnění a povinnost lékaře vyžádat souhlas před každým náročnějším medicínským zákrokem. Aby informovaný souhlas plnil svoji funkci, musí pacient nejprve porozumět návrhu lékaře. Nestačí pouze předat informace, ale nezbytné je předat informace tak, aby jim pacient porozuměl. (92) Původ vzniku institutu souhlasu s lékařským zákrokem není zcela jasný. Povinnost lékaře získat informovaný souhlas se zákrokem či léčbou existovala již v 18. a 19. století. (36) Na rozdíl od zájmu filosofů a etiků jsou informované souhlasy relativně novým tématem studia sociologů. Většina empirických, kvalitativních studií vzniká až od 90. let 20. století. Vztah lékař – pacient, který s nimi úzce souvisí, je však jedním z hlavních témat sociologie medicíny od jejího samého počátku. (14)

Jedním z prvních modelů, Parsonův funkcionální model, předpokládal normativní komplementární strukturu rolí lékaře a nemocného. Nemoc byla považována za deviaci nejen z hlediska patologie těla, ale zejména z hlediska společnosti, lékař pomáhá návratu k normalitě. Tento model souzní s paternalistickým modelem lékař – pacient. (111)

V posledních letech však lze pozorovat ústup od apriori konfliktního popisu vztahu lékař – pacient ve prospěch empirických studií, zaměřených jednak na laické perspektivy, jednak na konkrétní a lokální jednání lékařů. (111)

Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně má každý stát směřovat k tomu, aby zajistil všem spravedlivý přístup ke zdravotní péči patřičné kvality. Jakýkoli zákrok musí být proveden v souladu se zákonem a s profesními standardy. Metody musí být

v souladu se současným vývojem poznání při zachování přiměřenosti mezi cílem a použitými prostředky. (21)

Zásada informovaného souhlasu realizuje svobodu rozhodování a ochranu prospěchu každého jednotlivce. Provedení jakéhokoli zákroku je podmíněno souhlasem pacienta, který musí být předem řádně a srozumitelně informován o podstatě zákroku, jeho důsledcích a rizicích. Jsou definovány podmínky provedení zákroků v různých situacích, kdy nemocný není způsobilý nebo není schopen učinit svobodné rozhodnutí. Zvláštní pozornost je věnována ochraně duševně nemocných, stavu nouze vyžadujícímu neodkladná řešení a dříve vysloveným přáním. (13)

Žádná lidská bytost nesmí být nucena podstoupit jakýkoliv zákrok, týkající se její osoby, aniž by k němu dala souhlas. Jedná se o již mezinárodně uznávané pravidlo, které vymezuje vztah pacienta a profesionálních zdravotnických odborníků. Zaručuje tak respektování přání pacienta. Zodpovědný profesionální zdravotnický pracovník by měl dát pacientovi optimální rozsah objektivních informací o zákroku, který hodlá provést, včetně možných následků a alternativ. Nesmí na pacienta vyvíjet jakýkoliv nátlak. Pacient by měl znát všechny podstatné skutečnosti, týkající se zákroku. Informace musí obsahovat účel, povahu a následky zákroku, spojená rizika, a to nejen rizika spojená s druhem uvažovaného zákroku, ale i rizika individuální podle každého pacienta, jako je věk, souběh dalších chorob, civilizační rizika, například nadváha, kouření a podobně. Všechny výše uvedené atributy musí být splněny k platnosti souhlasu. Navíc musí být pacientovi sděleny ve formě, v jaké je schopen pochopit a porozumět jim. Souhlas může být výslovný nebo předpokládaný. (82)

Výslovný souhlas pak může mít písemnou či ústní formu a je závislý zejména na povaze zákroku. Předpokládaný souhlas se vyskytuje tam, kde se jedná o rutinní lékařské výkony. Výslovný, konkrétní souhlas najdeme například při účasti na výzkumu nebo souhlasu odebrání části lidského těla, orgánu nebo tkáně pro účely transplantace.

Souhlas může být kdykoliv odvolán a jeho rozhodnutí musí být respektováno. Tato zásada však neplatí striktně ve všech případech. Například odvolání souhlasu se zákrokem v jeho průběhu, které by navíc ohrožovalo pacientův život nebo zdravotní stav, je lékař povinen zákrok dokončit. (7, 27, 36, 74, 127)

U nezletilých osob smí být zákrok proveden pouze se souhlasem rodiče, zákonného zástupce, úřední osoby nebo jiného orgánu, který určí zákon. K názoru nezletilých se má přihlížet, jeho význam vzrůstá s věkem dítěte a stupněm vyspělosti. To vede k myšlence, že by měl být souhlas nezletilého pro určité zákroky nezbytný, nebo alespoň postačující. Mělo by být zajištěno, aby dítěti, které je schopné vytvářet si vlastní názory, bylo umožněno svobodně vyjadřovat tyto názory ve všech záležitostech, které se ho týkají, přičemž se názorům dítěte přikládá závažnost podle věku a vyspělosti dítěte. Přesto i u osob neschopných dát souhlas se doporučuje maximální možná informovanost pacienta o plánovaném zákroku.

V naléhavých situacích, jako je například pacient v komatu, léčebné zákroky, které nesnesou odkladu a jsou prováděny pro přímý prospěch pacienta, může dojít ke střetu dvou povinností – a to poskytnutí lékařské péče a zároveň vyžádání souhlasu pacienta. Úmluva o lidských právech a biomedicíně opravňuje lékaře jednat v těchto situacích, aniž by čekal na souhlas pacienta.

Dokument myslí i na dříve vyslovená přání, zejména tam, kde pacient dopředu dá svůj souhlas v souladu s předpokládaným vývojem nemoci, jako je například progresivní demence. Tato dříve vyslovená přání je nutno respektovat, i když lékař by měl mít možnost se přesvědčit, že přání se týká současné situace a je stále platné například v souvislosti s vývojem vědeckých poznatků o daném zákroku.

Každý má právo na informace o svém zdravotním stavu, ať jde o diagnózu, prognózu choroby či jakoukoli závažnou skutečnost, týkající se zdravotního stavu. Pacient má právo vědět a zároveň má právo dle svých vlastních důvodů informace odmítnout. (21, 75, 36)

Naplňování všech lidských práv úzce souvisí s informovaností pacienta, klienta. Z uskutečňovaných výzkumů spokojenosti pacientů a klientů bývá často zmiňována nespokojenost s informovaností pacienta a jeho rodiny. Ze závěrů takových šetření vyplývá důraz na zlepšení komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem a zlepšení informovanosti pacienta. Z hlediska časového vývoje, zejména od začátku devadesátých let minulého století je zaznamenán podstatně zvýšený důraz na autonomii

pacienta v jeho rozhodování o vlastním zdraví, o péči či nepéči o ně a na vytváření k tomu potřebných podmínek.(76,127)

Samotný formulář informovaného souhlasu a na něj vázané povinnosti a procedury nemusí být pro pacienty tolik zajímavý a důležitý. Je ale hodně důležitý pro lékaře, kvůli právní ochraně, respektive kvůli tomu, že je informovaný souhlas právně zakotvenou podmínkou jakéhokoli vyšetření nebo léčebného zákroku. Podobně jako například medicínské protokoly či zdravotní dokumentace pacienta je tento nástroj důležitým aktérem, přidělujícím zainteresovaným stranám jejich role. (111)

V etickém kodexu Práv pacientů, jež byl vyhlášen v roce 1992 a jež vznikl v návaznosti na Listinu základních práv a svobod, je uvedeno: Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Každý vyšetřovací a léčebný výkon je možné provádět pouze se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. (120)

Proto je důležité věnovat pozornost náležitému poučení. Jestliže má nemocný vyslovit souhlas s léčebným nebo vyšetřovacím výkonem, je nezbytné, aby znal jeho podstatu. Otázkami poučení a informovanosti pacienta bezprostředně souvisí problematika jeho souhlasu či nesouhlasu s doporučovými zdravotními výkony, pozitivních a negativních reversů. Odmítá-li nemocný i přes náležité poučení provedení léčebného či diagnostického výkonu, případně ústavní péče, je třeba toto jeho právo respektovat. O odmítnutí péče však musí být vydáno písemné prohlášení nemocného – tzv. negativní revers.(21, 81, 127)

V oblasti výše uvedené problematiky informovaného souhlasu či informovaného nesouhlasu s léčebným či diagnostickým zákrokem v návaznosti na problematiku multikulturního přístupu ke klientům se otvírá řada nových otázek a přístupů.

Informovanost pacienta patří k jeho základním právům. Přesto, že komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem se výrazně zlepšuje, může i v současné době docházet k situaci, že lékaři nebo ošetřující personál v některých případech neberou pacienta jako partnera, ale jako objekt, o kterém sami rozhodují a který informace nepotřebuje. Tento přístup může vést ke zbytečným rozporům mezi

pacientem a zdravotnickým personálem a někdy až dokonce ke stížnosti a znalecké komisi. Proto by měl být kladen velký důraz na zlepšení komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem a zlepšení informovanosti pacienta. Zavedení systému informovanosti pacienta a jeho rodiny je také podmínkou akreditace zdravotnického zařízení. (89)

I v České republice lze z pohledu medicínsko-právní praxe odhadnout, že lékařům přináší více právních problémů, stížností, trestních oznámení a žalob nedostatečná komunikace s pacientem a jeho rodinou, než odborně chybný postup. Náležitou komunikaci lékaře s pacientem a jeho příbuznými se proto považuje za účinnou prevenci právních problémů, které mohou lékaře při výkonu jeho povolání potkat. (45)

V lékařských i právnických kruzích přetrvávají v posledních desetiletích živé diskuse na téma povinného poučení pacienta o povaze jeho onemocnění, navrhovaných diagnostických a léčebných výkonech a spojených rizicích. Právo nemocného na informace o jeho zdravotním stavu, jakož i právo na odmítnutí léčebných výkonů či ústavní péče lze považovat za jedno z nejdůležitějších práv nemocného. Tomuto právu odpovídá současně povinnost lékaře nemocného vhodným způsobem poučit a vyžádat si jeho souhlas s provedením léčebného výkonu. Poučení, které je lékařem poskytnuto, má rozhodující vliv na udělení souhlasu nemocného. (33)

Na co tedy má pacient právo? Podle zákona č. 111/2007 Sb., který nabyl účinnosti dnem 15.5.2007, má každý pacient právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. Má právo nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do dokumentů, má právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů. Dále má právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoli osobě. Pacient zároveň rozhodne, zda jím určená osoba, tedy příjemce informací o jeho zdravotním stavu, může také nahlížet do dokumentace a má tedy, stejně tak jako on, právo na výpisy, opisy a kopie. (22)

Zpřístupnění informací z dokumentace neznamena ze zákona automaticky doprovodné výkladové komentáře ze strany lékaře. Teprve spojitost obou zmíněných ustanovení zákona dává pacientovi předpoklady k plnějšímu využití práva na svobodné rozhodování o jeho zdraví při dokonalejším poznání všech okolností, kladů a záporů nabízeného diagnostického a terapeutického řešení a při větší důvěryhodnosti podávaného poučení ověřováním si údajů s dokumentací. (21, 78, 127)

Pojem „vhodný způsob poučení“ podle dostává novou dimenzi. Zabraňuje utajování nebo účelovému výkladu faktů před pacientem, třeba i nepříznivých, neboť tento má právo na veškeré informace a úplné poznání svého zdravotního stavu a možností jeho řešení podle jeho vůle. (43) Tím je jednoznačně stanovena povinnost lékaře poučit nemocného vhodným způsobem o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohl nemocný stát aktivním spolupracovníkem při poskytování léčebně preventivní péče. Poučení je podle zákona povinen poskytnout lékař, nemůže tedy tuto povinnost přenést na jiného zdravotnického pracovníka. To však neznamena, že zdravotní sestra či jiný zdravotnický pracovník nebudou informovat nemocného o výkonech, které mu poskytují přímo oni. Tyto informace musí nemocnému poskytnout, zejména proto, že v naprosté většině případů potřebují jeho součinnost (např. při odběru krve, podání léků, aplikaci injekce, rehabilitačním cvičení atd.). Poskytnutí informací o zdravotním stavu, vývoji onemocnění a další léčbě by však měli ponechat na lékaři. Lékař je v této roli nezastupitelný, není přípustné, aby ho suplovala zdravotní setra nebo i klinický psycholog. I sestra a psycholog s nemocným sice komunikují, ale tím nelze nahradit povinnost poučení, která náleží podle zákona jedině lékaři. (47)

Není tedy rozhodující, dožaduje-li se pacient tohoto poučení. Lékaře nezbavuje této povinnosti ani okolnost, že pacient poučení odmítá. Dále uvádí, že zákon ukládá lékaři povinnost poučit o povaze onemocnění a o potřebných výkonech i členy pacientovy rodiny tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky v léčebném procesu. Rozsah poučení je tedy ze zákona vymezen tímto účelem. Způsob a rozsah poučení však nemusí být totožný. Lékař bude zpravidla v konkrétní situaci potřebovat jinou spolupráci od pacienta, jinou od příbuzných.(51)



Vhodným způsobem poučení si jistě představujeme především jeho srozumitelnost, zejména pro laika, volbu místa a času podání (např. nikoliv při chůzi na chodbě zařízení), ohled na emociální vnímavost pacienta, jeho psychickou dispozici, jednoznačnost údajů bez pouhých náznaků vedoucích k dohadům a různým výkladům, potřebnou dávku trpělivosti poučujícího i při negativní reakci pacienta apod. Je na umění a zkušenosti lékaře správně všechny okolnosti vystihnout a podle toho postupovat. (87) Netrefí-li se, nezakládá to zpravidla jeho odpovědnost právní, spíše etickou.

Například vizita není vhodnou příležitostí pro důvěrnou komunikaci. Často zdůrazňujeme právo pacienta na ochranu osobních údajů, povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (v současné době dokonce pod trestní sankcí), ale běžně lékař s pacientem hovoří i o důvěrných otázkách jeho zdravotního stavu při vizitě, v přítomnosti dalších pacientů, bez ohledu na to, zda si pacient přeje či nepřeje, aby byli spolupacienti zasvěceni do problematiky jeho zdravotního stavu. V zemích západní Evropy, není-li pacient na pokoji sám, je vizita považována spíše za společenskou událost, kdy lze pohovořit o počasí, politice nebo nemocniční stravě. Hovořit s pacientem při vizitě o důvěrných otázkách jeho zdravotního stavu před spolupacienty by bylo považováno za vrchol neslušnosti a hrubé porušení nejen lékařské etiky, ale především pacientových práv. I v našich podmínkách by bylo možno veřejné prezentování důvěrných údajů o nemocném při vizitě před spolupacienty považovat za vážné porušení zákona. (46) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo zákonné zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech.(52)

Etický kodex Práva pacientů stanoví právo nemocného získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického nebo terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. (120)

Úmluva o lidských právech a biomedicíně například dává jednoznačné řešení pro případ, kdy lékař informace nemocnému o jeho zdravotním stavu neposkytne. Je to možné v případě, že si nemocný nepřeje být informován. (21, 81, 127)

V praxi se lze stále častěji setkat s případy uplatňování odpovědnosti lékaře za neúplné poučení v tom smyslu, ale i případy těžké odpovědnosti za neúměrné zveličování rizik v podaném poučení, např. se záměrem odradit pacienta od jím požadovaného výkonu. V právních systémech jednotlivých států najdeme různá, někdy až extrémní stanoviska k této problematice, převážně uplatňující přísnější nároky na vyčerpávající úplnost podávaného poučení, než jsme u nás dosud byli zvyklí. (111)

Řada zdravotnických zařízení usiluje o mezinárodní akreditaci. Ta s sebou nese jistou míru centralizace a standardizace při zavádění informovaných souhlasů. Standardy, které podmiňují získání akreditace usilují učinit jednání srovnatelné v čase a prostoru, učinit je univerzálním, aby pacient vstupující do takového zařízení měl záruku kvality a úroveň zde poskytovaných služeb. (111)

### **1.8 Informovaný nesouhlas (revers)**

Úmluva o biomedicíně hovoří o „právu nevědět“. ***Právo pacienta nebýt obeznámen s tou či onou skutečností týkající se jeho zdraví se nepovažuje za překážku platnosti jeho souhlasu se zákrokem.*** (21)

S otázkami poučení a informovanosti pacienta bezprostředně souvisí problematika jeho souhlasu či nesouhlasu s doporučenými zdravotními výkony, pozitivních a negativních reversů, provádění výzkumných úkolů na pacientovi, zdravotní pitvy, transplantace tkání a orgánů a pod. Právní normy vyžadují písemný souhlas pacienta ve vybraných případech (např. při zařazení do klinických studií, v případě transplantace orgánů, při odběrech orgánů, žijícímu dárci atd.). Přesto lze doporučit, zejména v případech, kdy je výkon spojen s vysokým rizikem, aby souhlas pacienta s provedením byl učiněn v písemné formě a stal se součástí zdravotnické dokumentace. Právě tak i informace o povaze výkonu a jeho případných rizicích je již v některých případech předkládána nemocným v písemné formě.

V praxi se pro písemné prohlášení pacienta s provedením léčebného či diagnostického výkonu běžně používá termín „pozitivní revers“. Úkon, kterým pacient projevuje souhlas, je právním úkonem a musí tedy splňovat všechny požadavky, stanovené zákonem pro právní úkony. Musí být zřejmé, kdo, kde a kdy souhlas dává, s jakým výkonem souhlasí, musí být učiněn určitě a srozumitelně. Součástí tohoto prohlášení – pozitivního reversu, by mělo být i poučení o povaze výkonu, jeho důsledcích a rizicích. Pozitivní revers se tak stává pro lékaře dokladem, že nemocný udělil souhlas s provedením výkonu na podkladě náležitého poučení.(33) K pozitivnímu a negativnímu reversu poznamenává Mach, že někdy se projeví problém i v tom, že řádně poučený pacient prohlásí, že o ničem poučen nebyl. Nemusí jít vždy doslova o lež. Může se stát, že pacient lékařova slova sice slyší, ale nevnímá, popř. nevědomky „potlačuje“ nepříznivé zprávy. Mach doporučuje, že nejlepším způsobem, jak v závažnějších případech čelit tomuto jevu, je podpis pacienta pod poučením lékaře nebo již zmíněný tzv. pozitivní revers. (57)

Každý zdravotník by si měl najít čas v klidu s pacientem pohovořit, vyslechnout jeho otázky a pacient by měl mít jistotu, že dostane fundované a pro něj jasné odpovědi. Je nutno postupně zdravotníky vychovávat k tomu, že pacient není subjekt, který se nám vydal do rukou a nemůže rozhodovat o ničem, musíme postupně dospět k tomu, že pacient je rovnocenný partner, který má možnost se ke všemu vyjádřit a i nesouhlasit. K tomu je ale třeba soustavné výchovy, která musí začít již na lékařské fakultě. (11)

V případě dětí se souhlas rodičů u běžných výkonů nemusí vyžadovat, jestliže může dítě vzhledem ke své rozumové vyspělosti samo posoudit nezbytnost provedení výkonu. Pokud však dítě, které by s ohledem na svoji rozumovou vyspělost mohlo posoudit nezbytnost provedení určitého zdravotního výkonu, tento výkon odmítá, měl by lékař o této skutečnosti informovat rodiče. Jestliže rodiče dítěte či opatrovník osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům odpírají udělení souhlasu k neodkladnému provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytného k záchraně života nebo zdraví, je oprávněn o provedení takového výkonu rozhodnout lékař. (60)

Někdy nezletilý přichází do lékařské ordinace sám. Je třeba si ujasnit, že nezletilá je každá osoba mladší osmnácti let (s výjimkou „zplnoletnění soudem“ z důvodu sňatku osoby mladší 16 let a mladší 18let). Lékař musí vždy poskytnout neodkladnou akutní péči, jinak je však plně oprávněn požadovat, aby s dítětem přišel i zákonný zástupce. Je tedy pouze dobrou vůlí lékaře, provede-li běžné vyšetření či ošetření nezletilého, které není neodkladnou péčí, bez přítomnosti zákonného zástupce. Jde-li o staršího nezletilého (např. nad 15 let), který běžně se souhlasem rodičů chodí k lékaři sám, jedná se o běžné výkony a nezletilý s nimi souhlasí, lékař právem předpokládá, že rozumová vyspělost takového dítěte je dostatečná k tomu, aby jeho souhlas s výkonem byl považován za platný. Jde-li ovšem o závažnější onemocnění, nebo odmítne-li nezletilý lékařem indikovaný výkon, je vždy na místě poskytnout pouze neodkladnou péči a důrazně si vyžádat účast alespoň jednoho ze zákonných zástupců dítěte. (46)

Jde-li však o neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytného k záchraně života nebo zdraví dítěte a odpírají-li rodiče nebo jiní zákonní zástupci souhlas, je ošetřující lékař oprávněn (ale ve svých důsledcích spíše povinen) rozhodnout o provedení výkonu. V takovém případě lékař v žádném případě nesmí přijmout negativní revers, ale musí rodiče poučit o tom, že jde o případ neodkladné péče a jejich vůli proto nelze respektovat. Lékaři se v těchto případech někdy táží, zda jsou povinni rodiče, kteří dítě prostě seberou a odejdou, honit po nemocnici nebo poliklinice. To jistě nejsou. Je však třeba pečlivě zaznamenat do zdravotnické dokumentace, o čem byli rodiče poučeni, že lékař rozhodl o provedení výkonu i proti jejich vůli, ale oni jeho rozhodnutí nerespektovali a svévolně pro vůli lékaře opustili s dítětem zdravotnické zařízení. Ač nejde o případ oznamovací povinnosti, lze doporučit hlásit takový případ i místně příslušnému oddělení Policie ČR. To platí zvláště v případech, kdy je neodpovědným jednáním rodičů ohrožen život dítěte. (77, 127)

Nejčastěji se používá tzv. negativní revers tam, kde pacient odmítá navrhanou strategii léčby, ačkoli s ní byl náležitě seznámen a rovněž získal informace, že neudělením informovaného souhlasu se vystavuje značným zdravotním rizikům. Sepsání negativního reversu má svá pravidla, která nutně dodržet proto, že se lékař bude

muset zodpovídat z neposkytnutí náležitých informací a především z neposkytnutí žádoucí léčby. (21)

Odmítá-li nemocný i přes náležité poučení provedení léčebného či diagnostického výkonu, případně ústavní péče, je třeba toto jeho právo respektovat. S ohledem na závažnost prohlášení je však nutné dbát velmi důsledně na uvedení všech náležitostí tohoto úkonu. Stejně jako u pozitivního reversu se uvádí, kdo, kde a kdy a jaký výkon odmítá, dále kdo a jasné vysvětlení nemocnému poskytl, co bylo jeho obsahem. Zvláště pečlivě musí být uvedeno, jaké důsledky jsou spojeny s tím, že výkon nebude proveden. V praxi se však stává, že nemocný odmítá provedení výkonu a současně odmítá podepsat i negativní revers. V těchto případech je však nutné revers sepsat včetně uvedení skutečnosti, že nemocný jej odmítá podepsat. Tento revers pak podepisuje ošetřující lékař a svědek nebo svědci. (45)

Při komunikaci lékaře s pacientem zcela logicky vyvstane otázka, zda má lékař informovat pacienta i o nepříznivých prognózách jeho zdravotního stavu. Mezi právníky, lékaři, psychology i odborníky, zabývajícími se lékařskou etikou jsou na tuto otázku různé, často velmi rozdílné názory. Existuje poměrně silná skupina zastánců názoru, že pacient má právo znát úplnou pravdu za všech okolností a že mu lékař nemá právo žádné informace zadržet ani modifikovat. Souvisí to s dalšími právy pacienta jako občana, který má právo svobodně o sobě rozhodovat. Má právo s vědomím brzkého konce svého života uspořádat své majetkové a další právní vztahy, pořídit závěť apod. Není-li zcela pravdivě informován, je tím krácen o tato svá práva. (21, 75, 127)

Ještě závažnější je situace, kdy nemocný netuší, že mu dokonce jeho života zbývá jen krátká doba, ale jeho příbuzní o tom jsou plně informováni bez ohledu na to, zda si to nemocný přeje nebo nepřeje. Jeho nevědomostí o prognóze choroby by pak jistě bylo možné různými způsoby zneužít. (49)

Opodstatněný je ovšem také názor, že v některých případech by takový postup mohl nemocného zcela psychicky zdeptat a způsobit mu zbytečné psychické utrpení.

Zcela odlišná problematika může vyvstat, když si pacient nepřeje podávat informace rodinným příslušníkům, poněvadž jedná-li se o přenosnou chorobu a jsou

ohrožení jeho blízcí, lékař je musí informovat. Například je-li manžel nakažen virem HIV, lékař musí informovat jeho manželku, přestože si to pacient nepřeje. Není to lehká situace pro lékařské rozhodnutí a je to v rozporu s informovaným souhlasem. (43)

Někteří autoři se proto domnívají, že je zcela správné, že současná právní úprava nechává na lékaři, jeho úvaze a svědomí, aby podle individuality nemocného zvolil při jeho informování řešení, které se zřetelem na blaho nemocného (nebo alespoň jeho co nejmenší utrpení) považuje za vhodné. A to od úplné, zcela pravdivé, informace až po milosrdnou lež. (47)

### ***1.9 Komunikace s klientem a pacientem ve zdravotní péči***

Vliv pacientů na lékařské jednání a konání je nesporný. Pojem „The patient“ znamená vlastně „trpělivý nemocný“. Tito lidé se však postupem vývoje moderní medicíny však stávají „netrpělivými“, neboť očekávají od lékařů a zdravotnických pracovníků záchranu života a vyléčení z nemoci „za každou cenu“ a v mnohých případech ještě „snadno a rychle“. (75)

K lékařskému povolání patří přání, aby lidé byli zdraví a aby jim lékař mohl nabídnout co možná nejlepší a nejmodernější péči.

Také vědecký a zejména technický pokrok vede k úzké specializaci a vyžaduje odpovídající technické vybavení. Pacient, jež je podrobován diagnostickým vyšetřením různých specialistů za podpory moderních přístrojů, může nabýt dojmu odcizení. Proto je nutné brát na toto riziko zřetel a vidět za nemocným osobu, jedinečného jedince, tak aby byla zachována jeho lidská důstojnost a nebyla ohrožena důvěra v lékaře a v další zdravotnické pracovníky. (77, 127)

Po dlouhá staletí se vytvářela role lékaře, zdravotnického pracovníka, právě tak jako role pacienta. Výsledkem spleteného procesu je ustálený a u nás mnohdy ještě užívaný dominantní model praktického paternalismu lékařů vůči nemocným. Role pacienta, jakožto rovnocenného partnera ve vztahu je o to složitější a náročnější na uchopení, že na straně pacienta sehraává jednu z hlavních rolí strach. Velmi silný emotivní indikátor, který bezpochyby ovlivňuje vystupování a chování pacienta. Strach z nemoci, který se přenáší do strachu ze smrti, z konečnosti života a jeho smyslu.

Jakékoliv ohrožení zdraví s sebou nese u pacienta i obavy a strach ze smrti a může tak jednání a chování pacienta značně ovlivňovat.

A tyto obavy mnohdy nezastaví ani fakt, že moderní medicína zaznamenává obrovský pokrok, o němž je průběžně informována, mimo odborné, i laická veřejnost. Jde však v ruku k ruce s technickým pokrokem medicíny i pokrok v oblasti zlepšování lidských vtaů, zkvalitňování komunikace? Zdá, že v oblasti medicíny kopírují vztahy obecný trend, v němž spíše úroveň technické komunikace zatlačuje do pozadí tradiční mezilidskou komunikaci. Člověk se stává číslem, kódem, neosobním označením, palčivým problémem se jeví otázka poskytovaného času, prostoru, který lékař nebo zdravotnický pracovník může, nebo je schopen, nebo je ochoten pacientovi věnovat. Technicky vyspělá medicína má své nepopíratelné úspěchy, jejím negativem je však ztráta lidské dimenze pomoci, jakož i obtíže spojené buď s „nadbytkem“ nebo nedostatkem metod tzv. heroické medicíny. (21)

Zatímco v dobách, kdy dominoval paternalistický vztah mezi zdravotníky a pacienty (až do druhé poloviny dvacátého století), byla veškerá odpovědnost za léčení kladena na bedra zdravotníků, dnes považujeme za etický vztah partnerský, který předpokládá mnoho práv, ale také povinností na straně nemocných z hlediska prevence, diagnostiky a léčby nemocí. Z tohoto hlediska byly pak formulovány v USA a v Evropě nejrůznější etické kodexy, vytyčující obecné nároky a povinnosti klientů, ale také řada deontologických kodexů týkajících se určitých specifických skupin klientů, např. Práva tělesně postižených, Práva duševně nemocných, Práva těhotných žen a nenarozených dětí, Charta práv dětí v nemocnici.(19)

Ve středověkém systému přípravy budoucích lékařů byla výrazně podceněna výuka praktických dovedností. Teoretické předměty, včetně etiky, však byly prezentovány v dostatečném rozsahu, a proto bylo možné důvodně předpokládat, že lékař ve své praxi dokáže řešit náročné situace dilematické, a tedy i etické povahy.(20)

Teprve s postupným růstem přírodovědných znalostí, s prudkým rozvojem nejen biologických, ale i společenských věd jsme se postupně dostali až k dnešní situaci, kdy v pomáhajících profesích vládne velmi účinnými prostředky, a boj proti utrpení jedince nebo celých skupin považujeme za samozřejmou součást profesionality

pracovníků pomáhajících profesí. Přesto může být vyvoláván dojem, že jsou situace etické povahy přeneseny do pozadí. (19)

Od poloviny 19. století je filosofie ve výukových programech minimalizována a postupně se stává doménou těch, kteří si ji zvolili jako hlavní předmět studia. Tento proces lze pozorovat obecně, tedy celosvětově. (20)

Ve 20. století bylo poznamenáno myšlení všech lidí ve všech vyspělých státech zločiny proti lidskosti, které provázely politickou hrůzovládou v nacistickém Německu a v zemích Německem ovládaných. S touto zvrhlou rasistickou teorií souvisela i další zřůdnost nacistické diktatury, tj. pokusy na lidech, prováděné nejen v koncentračních táborech, ale i v určených zdravotnických zařízeních Velkoněmecké říše, pod vedením německých „vědců- lékařů“. Samozřejmě šlo o pokusy nedobrovolné, často spojené s obrovským utrpením obětí a bylo jich stejně jako rasistické teorie využito k likvidaci nepohodlných jedinců, pod záminkou „likvidace bezcenného života, který není hoden žítí“. (19)

V roce 1946 byl zahájen Norimberský proces a významná svědectví hovořila o tom, že lékařská praxe byla pod vlivem fašistické ideologie zneužita. Oběťmi deformované péče nebyli jen vězni, ale i civilní občané. Zneužití byli často i lékaři, kteří pod značným, někdy existenčním tlakem, pod vynucením nerespektovali základní mravní principy své profese. Ukázalo se jako aktuální vypracovat takové mechanismy, které by v budoucnu lékaře i pacienty ochránily před ideologizací zdravotní péče. Bylo rozhodnuto přiznat určitá morální práva všem, kteří by mohli být potenciálně politicky vydírání a fakticky mučeni. V souvislosti s norimberským procesem se objevuje požadavek pěstovat ve zvýšené míře lékařskou etiku. (20)

Jako reakce na tyto zločiny proti lidskosti vznikl v roce 1947 tzv. *Norimberský kodex*, který je významným předělem ve vědeckém výzkumu s účastí lidí, a který se stal závazným etickým kodexem platným v této oblasti. Jsou v něm precizně formulovány podmínky pro pokusy s účastí lidí, které jsou zde zkráceně uvedeny. V kodexu se zejména předpokládá dobrovolný souhlas právně způsobilé osoby, která musí být informována o možných komplikacích a rizicích. (19)



Od konce šedesátých let 20. století se věnuje pravidelná pozornost také těm problémům, které přesahují úzký diagnostický i terapeutický zájem. Lékařova pomoc a pacientova nouze, neredukované na strasti konkrétní nemoci, se stávají předmětem kvalifikovaného zájmu nejen specialistů (lékařů, sociologů, psychologů, filosofů, teologů a právníků), ale dokonce i laiků. O problémech moderního lékařství se otevřeně hovoří a odborníci se právem domnívají, že odborná diskuse týkající se interdisciplinárních problémů vztahujících se k celkovému pojetí člověka ve zdraví a nemoci má mít účelně vymezený prostor. (20)

Norimberský kodex a řada dalších aktivit v této oblasti byl podkladem pro další dokumenty tohoto druhu, především, pro tzv. *Helsinskou deklaraci* z roku 1964 a její několikrát novelizace, obsahující princip beneficence (činit dobré), který zdravotníka zavazuje konat vždy v zájmu života a zdraví nemocného. Tato zásada odpovídá latinskému rčení „*Salus aegroti suprema lex esto*“ (Zdraví nemocného budiž nejvyšším zákonem); princip non maleficence (nečinit zlé), který zdravotníka zavazuje konat vždy tak, aby nemocnému neublížil. Tato zásada odpovídá latinskému rčení „*Primum nil nocere*“ (Především neuškodit); princip spravedlnosti, který požaduje vykonávat medicínskou péči výlučně na základě medicínských kritérií, bez ohledu na to, o koho jde (rasa, národ, náboženství, pohlaví, víra, náboženství, věk, společenské postavení); princip autonomie, který zdůrazňuje svobodné rozhodování kompetentního a informovaného nemocného o navrhovaném diagnostickém a léčebném postupu (informovaný souhlas pacienta). (19)

### ***1.10 Etický kodex práv pacientů***

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu lidských práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů. Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992. Ve vyspělých, zejména evropských zemích už nikdo nepochybuje nejen o nutnosti kodifikace práv pacientů, ale ani o jejich funkčnosti. Patrně první etický kodex Práva pacientů zveřejnil v roce 1971 David Anderson v USA. (21)

Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky, má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují, právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů. (44) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s 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. (51)

Moderní lékař si uvědomuje, že nejlepší možné řešení je třeba hledat v úzké spolupráci s pacientem. I moderní pacient se změnil. V drtivé většině si uvědomuje svou odpovědnost za svůj život, přistupuje v němu se vší odpovědností. Má povědomí o nutnosti prevence, má povědomí o možnosti rozhodovat v otázkách týkajících se například souhlasu s návrhem určitého diagnostického vyšetření či souhlasu s léčbou.

Autorita lékaře jako klíčového odborníka je nezpochybnitelná. Rozsah potřebných vědomostí a zručností však v současné době již pokročil natolik, že lékař sdílí svou autoritu v určitých oblastech s mnoha dalšími. Především se vyvinulo ošetrovatelství jako plnoprávná odbornost nepominutelným způsobem doplňující profesi lékařskou. Z ostatních odborností nutno jmenovat v první řadě psychologii, ale i biochemii, technické profese apod. Stále více narůstá význam řídicích složek, managementu vlastní zdravotní péče i řízení jejího ekonomického zajištění. I zde se objevuje nezbytnost jak vysoké odbornosti všech aktérů, tak jejich přiměřené morální angažovanosti. (91)

Současná společnost vede víceméně stálou debatu o podobě zdravotnického systému, o realizaci práv pacientů, o vztahu lékař-pacient, o roli zdravotnické technologie ve zdravotní péči. Také zdravotníci a jejich pacienti přímo v ordinaci hovoří o povaze choroby a o tom, jak budou chorobu léčit.

Veškeré jednání sestry s ošetřovaným nemocným je určeno pojetím ošetřovatelství, neboli tím, co se jím rozumí, jaké úkoly mu společnost vymezila. Historie i současnost nám ukazují rozdílnosti v pojetí. Například u nás se dříve kladl důraz na umění provést správný obvaz, ošetřit ránu, umět píchnout injekci – říká se tomu ošetřovatelská technika a jako taková byla a je předmětem cvičení na zdravotnické škole. Jestliže dnes se vedle těchto dovedností požaduje i psychosociální působení, pak má nemocný právo být vyslechnut, jeho názor nebo odmítnutí je brán jako vážná věc. Ošetřovatelství souvisí s kompletní péčí nazývanou holistickým přístupem. Do ošetřovatelství tak jako do léčebného procesu pronikají prvky demokratičnosti, to znamená, že máme respektovat přání pacienta a nejednat direktivně. (16)

Holismus je doktrína, podle které jsou vlastnosti jedinců výhradně funkcí jejich místa ve společnosti nebo v nějakém širokém systému významů; doktrína vycházející z předpokladu, že identita člověka je určena jeho skupinovou příslušností, protože ji vytvářejí sociální a kulturní síly. Podle holismu jsme v podstatě prostředkem, jímž se vyjadřují kultura a společnost. (14)

Je evidentní, že pacient si začíná postupně volit aktivní roli v procesu komunikace s lékařem. Ujasnit si své role, znát hranice svých možností je nutné a je to předpokladem obnovené solidarity lékaře s pacientem. Nemocný se musí naučit prožívat svou nemoc jakou součást autentického osudu, lékař musí bez iluzí přijmout ohraničenost svého působení. Lékařská kompetence je ve vztahu k lékařské odpovědnosti, a proto lze na straně lékařů oprávněně nárokovat iniciativu ke změně. Prostředkem vzájemného dorozumění může být dialog. (20)

Rozhodnutí zůstane stejně na lékaři, jakou strategii v konkrétním případě u konkrétního pacienta zvolí. Na něm záleží a i budoucnu bude záležet, kdy, vůči komu a za jakých okolností je potřebné a pro pacienta optimální zvolit a uplatnit autoritativní paternalismus a kdy se přiklonit k profesionálnímu partnerství. (20,75, 77)

Lze konstatovat, že i když byla práva pacientů pouze etickou normou, její naplňování bylo vymahatelné i právně, i když zpravidla obtížně, navíc zprostředkovaně.

Vývoj v právech pacientů se však nezastavil a nastala doba, kdy je zjevné, že by bylo žádoucí určité sjednocení práv pacientů, a to s ohledem na měnící se základní

model vztahu mezi lékařem a pacientem. Lze konstatovat, že i obsahy etických kodexů tykajících se práv pacientů byly, až na malé výjimky zahrnuty do Úmluvy o biomedicíně a získaly tak náležitou a vymahatelnou legislativní formu. (21)

Co si tedy počít s informovaným souhlasem? Vzít ho primárně jako zakotvenou proceduru, která oběma stranám připomíná jejich práva a povinnosti. Ano, kryje lékaře, ale také jim připomíná, že musí pacienta informovat s že se jich pacient může na cokoli zeptat a že také může vyšetření nebo zákrok odmítnout. Připomíná, že by lékař měl předestřít, nejen z jeho odborného hlediska rozumné, ale hlavně pacientovi srozumitelné argumenty pro a proti. Informovaný souhlas nemůže a ani nemá nahradit rozhovor lékaře a pacienta, dvou konkrétních lidí, nemá nahradit vzájemnou důvěru apriorní nedůvěrou. Jako mnohé papíry je spojen s nepříjemnostmi a prací navíc, ale v českých podmínkách, kde jsou jak lékaři, tak pacienti ovlivněni desetiletými státního paternalismu, může jeho zavádění i problémy s ním spojené přispět k rozvinutí veřejné debaty o reformě zdravotnictví. (111)

## **2. Menšiny**

Veškeré dosavadní informace se týkají všech lidí bez rozdílu. Nediskriminace je, jak již bylo řečeno, jedním ze základních práv lidské bytosti. Posuzujeme-li práva pacienta jako lidské bytosti s rovnocennými právy, musíme přihlédnout k faktu, že dodržování a naplňování práv některých skupin lidí, že mají v daném prostoru a daném čase jisté znevýhodnění, nás má vést k tomu, abychom specializovanou a nadstandardní péčí pro ně vytvořili stejné podmínky dodržování lidských práv jako pro ostatní.

### ***2.1 Právní a sociální postavení menšin v zemích Evropské unie***

Přiznání kolektivních menšinových práv se v jednotlivých státech Evropské unie od sebe výrazně odlišuje. Pro zjednodušení lze rozdělit unijní státy na ty, které uznávají koncept národnostních menšin, a ty, jejichž právní tradice a ústavy takovéto uznání neumožňují.

Rozdělení na zmíněné dvě skupiny odráží odlišný vývoj formování evropských států. Státy v západní části unie kulturně unifikovaly své obyvatelstvo na začátku

novověku v období 16.-17. století. Dominantní politická centra tehdy mocensky a kulturně ovládla periferie a vytvořily se národy, za jichž součást jsou považovány i etnické skupiny, které by byly ve východní části unie chápány jako národnostní menšiny. To je zvláště příklad Francie a Španělska. Východní země unie, kde proces budování jednotných států probíhal o dvě století později, nedosáhly většinou takové míry kulturní dominance svých politických center. Proto přiznávaly již při svém vzniku zvláště svým příhraničním menšinám různé soubory práv. Jednalo se o menšinová práva, jejichž obsahem je právo na užívání menšinového jazyka v úředním jednání a státním školství i nárok na finanční podporu kulturních aktivit. Ojediněným zůstává v rámci Evropské unie maďarský model menšinových samospráv, kterým je státem garantován vznik volené samosprávy. (10)

Práva národnostních menšin se stávala obecně v Evropě aktuální po skončení 1. světové války, kdy vytvoření nových „národních“ států s sebou přineslo uvědomění si existence početných národnostních menšin na jejich územích. Ochrana menšin byla zaručena především pro ty, které se mohly opřít o existenci vlastního národního státu. Versailleský systém mírových smluv potvrdil značné územní změny, v důsledku kterých se však na území většiny nových států vyznaná část obyvatelstva dostala do postavení národnostní menšiny. Zacházení s jednotlivci bylo dosud považováno za součást *domaine réservée* každého státu. (97)

Růst standardů ochrany menšin začal probíhat v Evropě především ve druhé polovině 20. století. Po druhé světové válce po zkušenostech s nacistickou genocidou, začaly být přijímány zásady ochrany individuálních lidských práv. Po zkušenostech s nacistickým rasovým pronásledováním, holocaustem v období druhé světové války, začalo mezinárodní společenství klást důraz na zajištění individuálních lidských práv i se zaměřením na problematiku menšin. Podstatnou součástí vývoje byla mezinárodní úroveň jejich utváření a vývoj od bilaterálních mezinárodních dohod směrem k panevropským organizacím a úmluvám. I když mezinárodní organizace vyvíjejí v posledních letech tlak k posílení odpovědnosti jednotlivých států na naplnění vyrovnávacích standardů a garanci práv menšin, stále nesou břemeno mezinárodní odpovědnosti za prosazování lidských práv. Ve vztahu k menšinám tak byla nejprve

zohledněna tzv. negativní menšinová práva (ochrana před diskriminací, rasismem atd.) a jako první byla chráněna individuální práva na nediskriminaci. Stav v mezinárodním právu na ochranu národnostních a etnických menšin byl překonán teprve Mezinárodním paktem o občanských a politických právech z roku 1966. Nicméně těmto právům je věnován jediný článek, a to čl. 27. Postavení národnostních menšin proto upravovaly státy v rámci vnitrostátních předpisů nebo bilaterálně, prostřednictvím dohod s mateřskými státy těchto menšin. Obecně však už tehdy platil zákaz diskriminace z důvodu příslušnosti k národnostní menšině, byť praxe byla stále mnohdy odlišná. (107)

Až na počátku 90. let 20. století byla některá menšinová práva upravena již na mezinárodním poli, Rámcovou úmluvou o ochraně národnostních menšin. Celá tato problematika však dosud patří v rámci Evropské unie do kompetence jednotlivých členských států.

Klíčové evropské dokumenty o podstavení národnostních menšin jsou *Rámcová úmluva o ochraně národnostních menšin a Evropská charta regionálních a menšinových jazyků*.(26)

Uznání menšinových práv v evropských dokumentech předcházela deklarace valného shromáždění OSN z roku 1992 o právech osob, náležejících k národnostním, etnickým, jazykovým a náboženským menšinám. Na summitu představitelů vlád a států ve Vídni v roce 1993 bylo rozhodnuto tento obecný politický závazek převést do praxe tak, že Rada Evropy transformuje tuto deklaraci do legislativně závazných předpisů. Výsledkem bylo v roce 1994 přijetí Rámcové úmluvy o ochraně národnostních menšin. Tuto úmluvu podepsala většina členských zemí Rady Evropy. Úmluva nedefinuje pojem národnostní menšina, protože definice tohoto pojmu je v jednotlivých státech rozdílná. Navíc úmluva sama o sobě je tzv. rámcovou. To znamená, že jednotlivé přijímají vlastní zákony na úpravu postavení menšin.(10)

Rámcová úmluva o ochraně národnostních menšin přinesla jasně formulovanou ochranu před asimilací, preventivně zaručuje ochranu před diskriminací na základě příslušnosti k národnostní menšině. Garantuje také dílčí opatření, která mají vést k dosažení rovnosti především v oblasti užívání jazyka nebo ve vzdělávání. Úmluva

také vytváří monitorovací mechanismus pro sledování implementace v jednotlivých státech. (10)

Postavení menšin zůstává tedy stále vnitřní otázkou jednotlivých států. V tomto ohledu existuje rozdíl mezi státy na západ od Rýna (např. Francie, Itálie a Španělsko) a na východ od Rýna (např. Německo, Rakousko, Česká republika apod.). Státy na západ od Rýna, vycházející z tzv. republikánského modelu (občanský princip), nemají ve svých právních řádech tradičně upravena kolektivní práva příslušníků národnostních menšin. V dalších státech na východ od Rýna existuje dlouhodobá tradice úpravy kolektivních práv národnostních menšin, například na území bývalého Rakouska-Uherska. (107)

Ačkoli bylo formování Evropské unie dáno především ekonomickými imperativy, snaží se občané a vlády členských států nyní vymezit rovněž její hodnotový obsah, o němž se, v souvislosti se snahou vytvořit jednotnou ústavu a s projekty dalšího rozšiřování vede v současnosti rozsáhlá rozprava. Nástrojem pro boj s rasovou diskriminací v Evropě se stala podle rozhodnutí hlav států a vlád Rady Evropy z roku 1993 Evropská komise proti rasismu a intoleranci (ECRI). Novinkou bylo především monitorování situace v jednotlivých zemích a podávání zpráv a doporučení, zejména v oblasti odstranění diskriminace ve vzdělávání, zaměstnávání, bydlení a přístupu policie a ostatních státních orgánů ke členům menšin. Dalším z nástrojů, kterým ECRI disponuje, je přijímání obecných politických doporučení všem členským státům. (107)

V užívání pojmů národ, národnost, národnostní či etnická menšina neexistuje dosud jednotná vědecká nebo právní definice.

Pro potřeby této práce je pro definici národa použit výklad, v níž národ je definován jako společenství lidí se společným původem, kulturou a jazykem, které disponuje vlastním státem, v jehož teritoriu žije.

Pojmy národnost a národnostní menšina lze použít v případech, kdy právo jednotlivých států deklaruje pozitivní práva příslušníků menšin. Pojem etnická skupina nebo etnická menšina je širší a je užíván v případě neexistence kolektivních pozitivních práv pro její příslušníky. (10)

Problematika ochrany menšin se stala jedním z kritérií, která byla v rámci přistoupení nových států do evropských struktur monitorována a kandidátské země měly přijmout opatření k zajištění této ochrany. Především Evropská unie prodělala od počátku 90. let velkou změnu, když se změnila a měnila z hospodářské na politickou alianci, založenou na společných hodnotách. Zakládací dokumenty Evropského společenství, jakožto hospodářské aliance, věnovaly základním právům a svobodám jen malou pozornost. Ochrana menšin není jasně vyjádřena ani v dokumentech závazných pro členské státy Evropské unie. Základem pro sledování problematiky ochrany menšin se stala tzv. Kodaňská kritéria, přijatá v roce 1993. Mezi politická kritéria, která měly splnit kandidátské země byly stanoveny přísnější podmínky, než platily v původních členských zemích. (10, 61)

Některé členské státy, jako například Francie a Řecko, vůbec neuznávají existenci menšin. Naopak kandidátské země přijímaly taková opatření, že po formální stránce mají uznání, resp. ochranu menšin relativně propracovanější než mnohé z původních členských států. Naopak tyto státy do roku 2004 podle zpráv monitorujících situaci, přijaly takové programy, které obsahují vyčerpávající přístup k ochraně menšin a jasně prokazují vůli zaměřit se na diskriminaci a prosazovat zájmy menšin. Toto sdělení se týká především legislativních a dalších mechanismů, jako jsou například různé vládní programy.(10)

Každý člověk je jedinečná, originální bytost. Úžasnou variabilitu lidského organismu se pokoušejí vystihnout především antropologové, kteří se soustředí na poznání dědičnosti, rozdílů ve tvaru těla a v barvě pleti, neboli na rasové a typové rozdělení lidských skupin. Studium lidských ras je součástí biologické antropologie, jejíž oddílem je etnická antropologie, která se věnuje lidským rasám, antropologickým typům, jejich rozšíření, diferenciaci, vzniku, vývoji a smývání rozdílů. O diferenciaci a třídění lidských ras se člověk pokoušel již ve starověku. Ale první opravdu vědecké pokusy pocházejí teprve z konce 17. století, kdy francouzský antropolog Françoise Bernier rozdělil lidstvo na čtyři skupiny. Toto třídění na tři až čtyři skupiny se udrželo až do 20. století. K rozvoji teorie o lidských rasách významně přispěl i český antropolog Aleš Hrdlička. (109)



Pro lepší pochopení odlišnosti jednotlivých ras je snazší rozdělení do několika základních skupin, i když někteří autoři jsou proti tomuto tvrzení a odmítají jejich dělení. Domnívají se totiž, že neexistují žádné přesně vymezené rasy, ale jen široké spektrum fyzických variací. Autoři tvrdí že nelze popírat, že mezi lidmi existují rozdíly a odlišnosti, co se týče fyzického vzhledu, avšak není podle nich správné, že se jisté tělesné znaky stávají zdrojem segregace lidí, předsudků a rasové diskriminace. Lidská rasa je tak považována za něco dědičného, stálého a nezměnitelného a za něco, co determinuje jejich mentální, psychické schopnosti, chování a kulturu. (63)

V antropologické teorii bylo zavedeno třídění lidských ras podle rasové taxonomie. Tři základní lidské rasy tvoří:

*Europoidní, euroasijský* nebo-li bílí, do nichž jsou zařazeni jedinci žijící v oblasti Evropy, západní Sibíře, severní Afriky, jihozápadní Asie, Indie, Severní Amerika a jižní a východní Austrálie. Odhadem je těchto obyvatel asi 45 % z celkového počtu obyvatelstva Země.

*Mongoloidní, asijsko-americká* nebo-li žlutá či žlutohnědá rasa, jež je zastoupena cca 40% ve světě. Tato rasa se vyskytuje v oblasti východním severovýchodní a jihovýchodní Asie a spadají sem také původní obyvatelé Ameriky

*Negroidní, ekvatoriální* nebo-li černí, kterých je cca 11 %. Pocházejí z Afriky na jihu od Sahary a Ameriky jako přistěhované obyvatelstvo.

Zbýlé 4 % pak připadají míšencům základních ras. Rasy se mezi sebou liší více jak šedesáti proměnných. Na druhé straně mezi jednotlivými rasami existují volné přechody, nikoli ostré hranice.(109)

## **2.2 Multikulturní nebo transkulturní**

Oba termíny se dříve používaly a dodnes často používají ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož, avšak mají však své specifické významové nuance. Užívání těchto pojmů ovlivňuje vývoj koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde podíl cizinců v populaci je 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 kulturalismus 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. (32, 64)

### **2.3 Etnicita**

Pojem *eticita* vyjadřuje příslušnost k dané etnické skupině, kdy etnickou skupinou myslíme společenství jedinců, kteří šíří unikátní kulturu a sociální dědictví, přecházející z jedné generace na druhou. (40)

Výraz „etnikum“ (z řeckého ἔθνος, *ethnos*, tj. *lid*) je pojem, kterým se běžně označuje historicky vzniklá skupina lidí, kteří údajně mají společný historický původ, rasový typ, jazyk, materiální a duchovní kulturu, mentalitu a tradice a obývají společné území; dá se tedy také srovnat s pojmem "kmen". Ve skutečnosti je představa společného genetického původu příslušníků jednoho etnika zavádějící, a to kvůli migraci a míšení různých etnik mezi sebou, a odborníci proto chápou etnikum spíše jen jako skupinu lidí, kteří sdílí společnou kulturu. (136)

Etnická skupina je společenství, v němž je účast téměř vždy dána zrozením a jehož členové sdílejí pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy, mezi které patří především rysy jazykové, kulturní, náboženské, dále barva pokožky, národní nebo geografický původ předků a podobně. V etnických skupinách jsou udržovány stále a způsoby existence skupin. Etnická skupina je společenství jedinců, kteří udržují a šíří exkluzivní kulturní a sociální dědictví z generace na generaci. (32)

Etnická příslušnost je sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity. (32)

#### **2.4 Kultura**

*Kultura* je definována jako „způsob konání, cítění a myšlení, které je vlastní určitému společenství. Kultura je vše, co je získané a předávané. Je to soubor materiálních a nemateriálních výtvorů sociálních institucí, hodnot a norem daného společenství“. (49) Kultura prostupuje veškerými činnostmi, které jsou společností a člověkem produkovány. Johad Gottfried Herder popisuje kulturu jako nárůst humanity a sebeutváření člověka, kde významnou roli hraje tradice, jež je fixována zejména schopností symbolické komunikace. Projevuje se předáváním a tvůrčím zpracováním dosažených výsledků. (29)

Přímo pozorovatelná je tzv. kultura explicitní, neboli vnější, projevuje se v chování verbálním i neverbálním, jakým jsou například typické vzory chování daného etnického celku. Naproti tomu kultura implicitní není patrná z vnějších projevů chování, skládá se z názorů, hodnot, norem, které pomáhají vysvětlit pozorované chování. (112)

Členu společnosti umožňuje adaptovat se na vnější prostředí. Antropologové tradičně rozdělují kulturu na materiální a nemateriální. Materiální kulturou rozumí tradiční oblečení, umění, náboženské předměty či potřeby ke stravování. nemateriální duchovní kulturu tvoří soubor přesvědčení, zvyků, jazyka a sociálních institucí. (88)

Kultura je tak otevřená struktura bez centra. Jejím nejdůležitějším ústředním prvkem je jazyk. Nositelem jazyka je národ. Pokud společně na jednom území žije několik kultur najednou, a to bez určených státních hranic, jedná se o multikulturní společnost.(39)

#### **2.5 Kulturní pluralita**

Kulturní pluralita je založena na tom, že toleruje, respektuje, zajišťuje rovný přístup a uznává jednotlivá kulturní společenství, etnika, náboženská uskupení nebo

národy. Na druhé straně nerovnost v této oblasti, nadřazenost jedné skupiny nad ostatními je označována jako etnocentrismus. Naproti tomu uznání rovnocennosti specifické kultury, uznání toho, že každá kultura představuje jedinečné a neopakovatelné sociokulturní systémy je označováno jako kulturní relativismus. (69)

## **2.6 Kulturní diversita**

Kulturní diversita je podle prof. Kohoutka kulturní rozmanitost, různorodost, existence různých kultur ve stejné oblasti. (113)

Kulturní diversitu nejlépe vystihují principy UNESCO, vycházejí z Univerzální deklarace kulturní diversity. Dělí se do čtyř oblastí.

První je věnována *diversitě, identitě a pluralismu*. Diversita jednotlivých kultur je vnímána jako dědictví humanity, jež má různé formy v rámci času a prostoru. Diversita je zde zakotvená v jedinečnosti, pluralitě jedinců a sociálních skupin tvořících lidstvo. Je obrazem rozmanité přírody, která nás motivuje k výměně zkušeností, inovaci a tvůrčí aktivitě. V tomto smyslu spočívá bohatství humanity v zainteresovanosti současné a budoucí generace. Kulturní pluralita chrání harmonickou integraci mezi lidmi a skupinami s rozdílnou a dynamickou kulturní identitou při vzájemné vůli společného života. Participace všech občanů pak garantuje sociální soudržnost, vitalitu a mír občanské společnosti. Kulturní pluralismus poskytuje vyjádření reality kulturní diversitou. (107)

Druhá oblast se týká *kulturní diversity a lidských práv*. Zde je hlavní apel kladen na ochranu kulturní diversity vcházející z různorodé etnicity, jakožto základu k respektování lidské důstojnosti. Z toho vyplývá garance základních principů lidských práv, zejména svobody pro všechny menšinové příslušníky a původní obyvatele. Kulturní práva jsou podle Všeobecné deklarace lidských práv a Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech integrální součástí lidských práv. (107)

Třetí oblast se zabývá *kulturní diversitou a kreativitou*. Jedinečná tvořivost různých kultur rozkvétá v kontaktu s jinými kulturami s vědomím její ochrany a

diseminace pro příští generace. Výměna lidských zkušeností je impulsem k pěstování kreativity a vzájemnému kulturnímu dialogu. (107)

Poslední, čtvrtá část deklarace se týká *kulturní diversity a mezinárodní solidarity*. Zabývá se složitým procesem rovného a plynulého toku kulturních produktů a služeb na mezinárodním poli, kde je nelehké konkurovat zaběhlým velkým aglomeracím. (107)

### **2.7 Majoritní a minoritní společnost**

Další důležité pojmy, které se pojí s etnicitou a kulturou jsou *dominantní (majoritní)* a *menšinová (minoritní) skupina*. Dominantní skupinou je tedy míněno sdružení uvnitř společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci ochránce a udržitele regulujícího hodnotového systému, Minorita je skupina lidí, jenž je pro svoje fyzické a kulturní specifika vyčleněna od ostatních příslušníků společnosti, ve které žije, odlišným a nestejným chováním.(73)

Pokud v sociální práci hovoříme o menšinách, menšinami se obvykle myslí národnostní, etnické nebo rasové skupiny. (63)

Etnická menšina je také definována jako „skupina obyvatel státu, která se svými tradicemi, kulturními zvyklostmi, jazykem a případně i tělesnými znaky svých příslušníků liší od většinové společnosti daného státu. Má obvykle menší reprezentaci ve významných společenských pozicích a nižší společenské postavení. Příslušníci menšin ve vyspělých společnostech se snadněji než příslušníci většiny dostávají na okraj společnosti. Mají horší přístup ke vzdělání, na trh práce a častěji propadají návyku na alkohol a jiné drogy“. (49)

### **2.8 Strategie přizpůsobení**

V přírodě se setkáváme se dvěma životními strategiemi. Jednou z těchto strategií je přizpůsobení se organismu stabilnímu prostředí, ke populaci organismů může růst do doby vzájemné konkurence při nedostatku zdrojů. (110)

V další strategii je organismus připraven na proměnlivé životní podmínky, díky němuž umírají, ale netrpí na nedostatek zdrojů, o které by musely bojovat. Organismy se strategií přizpůsobení se stabilnímu prostředí, sází na kvalitu, mají méně potomků, věnují se jejich výchově, mají pevnější párové a společenské vazby, nepodstupují velká rizika, mívají delší průměrnou délku života a větší tělesné rozměry. Naproti tomu druhá strategie umožňuje organismům větší počet potomků, kdy nesázejí na kvalitu. Organismy se rychleji rozmnožují, potomci nejsou příliš života schopni a velikost populace kolísá. Nevěnují se tolik výchově potomků, mají slabší sociální vazby, více se rizikově chovají, jsou více agresivní a soutěživí, mají kratší průměrnou délku života a mívají menší tělesné rozměry. Tyto strategie jsou do jisté míry geneticky podmíněné skupiny znaků a vytváří tak odlišnosti mezi rasami. (1)

## ***2.9 Mezinárodní migrace***

Z odhadů vyplývá, že asi 150 milionů lidí žije mimo svoji mateřskou zem, kde se narodili nebo jejichž občanství nesou. Dynamika této skupiny je veliká a každý rok do ní přibudou 2-4 miliony migrantů. Odhady říkají, že z celé skupiny imigrantů, asi 300 tisíc lidí představují utečenci ve smyslu Ženevské konvence z roku 1951 a další obyvatelstvo je nuceně vysídlené. Většina migrantů tvoří pracovní ekonomicky aktivní skupinu, která odchází do cizích zemí za prací. Na počátku 90. let byl odhad ročních ilegálních vstupů do západoevropských zemí okolo 210 až 310 tisíce obyvatel. Celkový počet žijících cizinců v západní Evropě byl 3,5 – 5,5 milionů osob, což představuje 2 % celkové světové populace. Velká část lidí se stěhuje jen do sousedních států, tedy na krátkou vzdálenost. Existuje i značná zpětná emigrace. (38)

Masivní pohyby obyvatel mají mnoho příčin a důsledků. Migrace lze charakterizovat jako tok lidí z chudého jihu na bohatý sever, zejména v oblastech Evropy, Ameriky, Japonska a Perského zálivu. Za hlavní determinanty je možné považovat hluboké disproporce v bohatství jednotlivých oblastí, síle ekonomik, životní úrovni. Demografický tlak představují i vysoký přírůstek obyvatelstva, ekologické

katastrofy a lidská potřeba poznávat a dobývat nové, jež vyvolává mezinárodní migraci. (63)

V této souvislosti vznikla potřeba řešení dané situace. Společnost se tak připravuje na společné soužití více etnických a sociokulturních skupin na jednom místě.

Multikulturalita, jakožto vědecká teorie, která se zabývá různými aspekty sociokulturní rozmanitosti, zkoumá a srovnává odlišné názhledy na svět, rozdílné pojetí skutečnosti, rozmanité vzorce jednání, komunikační kódy, zabývá se kulturními rozdíly jako výsledkem specifické adaptace na různé prostředí.

Společenský cíl, multikulturalismus v tomto pojetí znamená vědecké úsilí o vytvoření pluralitní společnosti, zahrnující množství odlišných sociokulturních skupin, jejichž soužití má být založeno na principech rovnosti, tolerance, respektu, dialogu a konstruktivní spolupráci. Důležitou složkou a nástrojem tohoto pojetí multikulturalismu je multikulturální vzdělávání. (38)

Česká republika se svojí geografickou polohou nalézá ve středu Evropy a odráží tak v sobě veškeré procesy, které se v moderní Evropě probíhají. Z nichž největší důležitost je v současné době přikládána mezinárodní migraci. (72)

Podle studie Organizace spojených národů pokles počtu obyvatel a stárnutí populace Evropy je známým faktem. Populace rozšířené Evropy, která dnes čítá 452 milionů obyvatel se zmenší na méně než 400 milionů obyvatel v roce 2050. Pracovní místa by tak mohla zůstat neobsazena, služby nedodány, ekonomiky by se mohly zmenšit a společnost stagnovat. (126) Imigrace je tedy částečné řešení tohoto problému. Na druhé straně jsou problémy s azylovými systémem, s lidmi, kteří nejsou skutečnými, ale ekonomickými uprchlíky. Migranti potřebují Evropu a Evropa potřebuje je. Otevřená Evropa bude mladší, bohatší, silnější a to za předpokladu dobře zvládnuté řízené migrace. (3) Předpokladem vzájemného výhodného soužití musí být integrace migrantů do společnosti. Na druhé straně mezi populací Evropy jednoznačně sílí názory vyjadřující obavy z migrace, které jsou v západních zemích dány nepřilíživě úspěšnou migrací menšin žijících v západních zemích. Ta je navíc živena mnoha mýty a zjednodušeními, kterým se vzájemně vystavují menšiny s většinou. Mezi rizika

připisované migraci patří tři hlavní oblasti. Vnitřní bezpečnost, kulturní bezpečnost a krize státního blahobytu. (51, 114)

### **3. Menšiny a minority v České republice**

Na území České republiky vznikly národnostní menšiny v důsledku migrace či historických událostí. Vyznačují se tím, že mají silné národní vědomí, které se opírá o jazykové, historické a kulturní tradice mateřského jazyka. Definice národní menšiny podle F.Capotortiho, zvláštního zpravodaje při komisi pro lidská práva OSN v roce 1951, zní: „menšina je skupina osob, která je na rozdíl od ostatního obyvatelstva státu početně menší, nezaujímá vedoucí postavení a její příslušníci, občané tohoto státu, vykazují v etnickém, náboženském nebo jazykovém ohledu znaky, které je odlišují od ostatního obyvatelstva“. (112)

V dlouhé historii lidstva docházelo k nespočetným případům jak soužití, tak i konfliktům etnických a rasových skupin. Stěhování jednotlivců a skupin za výchozí teritoriální, kulturní a sociální hranice se nazývá asimilace. Tento pohyb přes hranice se pohybuje v dimenzi prostorové a v dimenzi časové. Tyto dimenze odhalují dynamiku procesu asimilace, který mění svou rychlost v proměňujících se podmínkách a na základě nich se může zastavit nebo obrátit. Asimilace mapuje symptomy a podmínky tohoto pohybu přes hranice a současně otevřenost sociálních a kulturních hranic. Zároveň při tom probíhají i různé druhy adaptace, tedy přizpůsobování se příslušníků jedné skupiny k jiné nebo i skupinám navzájem. Adaptace často rozhoduje o přežití minoritní skupiny ve styku s majoritní skupinou. Asimilace má jak svou biografickou, tak i historickou dynamiku. Biografická rovina je uchopitelná skrze učení se novým kulturním formám mluvení, myšlení a jednání. tento stav následně vede ke změně identity asimilovaných subjektů. Pohyb přes hranice s sebou přináší prostřednictvím interakce lidí vzájemné působení kultur, společností a sociálních skupin. Při kontaktu dvou kultur dochází k institucionizaci forem jednání a myšlení subjektů obou či jedné z kultur. Souběžně působí aspekty sociálních a mocenských vztahů koexistujících



kulturních skupin, a tím se vytříbuje i role vztahů dominance, konfliktu a solidarity. (86)

Dnes tato problematika vyvstává s vlnami migrace z jedné země do druhé a také se snahami zachování či znovuoživení jazyka a etnického vědomí. Postoje a chování migrantů a hostitelů se vzájemně ovlivňují. Současně se uplatňují i různé typy strategií adaptace. Obecně je migrace do nového prostředí považována za velmi obtížný akt hluboce zasahující do života člověka. Stres z migrace se porovnává s úmrtím někoho blízkého či k rozvodu. Odborníci tento stres nazývají kulturní šok. Patří mezi přirozené reakce, které se objevují u lidí pobývajících delší dobu v cizím prostředí. U migrantů se objevuje nejistota ke stávajícím platným předpisům a zvykům. Zvládnutí cizího jazyka může vyvolat stav dezorientace a autonomie. Jedinci v tomto období trpí výskytem psychosociálních poruch, mezi které patří podrážděnost, únava, apatie.

Dnes jsou ve světě prosazovány tři základní modely emigrační politiky. *Diskriminační model*, který je založen na dočasném pobytu jedince, jenž je zařazen do určité sféry a není mu umožněn vstup do dalších oblastí, jako je například systém sociální péče, získání občanství a podobně a jedince socioekonomicky znevýhodňuje. *Asimilační model* stojí na jednoznačném procesu rychlé a snadné adaptace. Rychle umožní získání občanství a práv a povinností. Migranti zaplatí ztrátou mateřského jazyka, specifických a sociálních rysů. (112)

*Multikulturální, pluralitní model* podporuje odlišnost minorit. Od majoritní společnosti se liší kulturou, jazykem a životem. Mají stejná práva, aniž by se očekávalo, že se zbaví svých specifík. Multikulturální model zahrnuje kulturní rozmanitost, společně s rovnoprávním přístupem k příležitostem v atmosféře vzájemné tolerance. Společným jmenovatelem je tak snaha propojení minoritní a majoritní složky, se snahou pohlížet na všechny kultury jako součást společného bohatství. Cílem multikulturality tak není separace, ale integrace do společenství rovnosti a solidarity.(2)

Všechny uvedené typy se zřídka vyskytují v praktické podobě. Většina zemí se sice kloní k jednomu z daných modelů, v praxi se však setkáváme s různými aspekty různých modelů. (112)

Tak jako Češi mají určitá mínění, respektive stereotypy, o cizích národech a jejich kulturách, samozřejmě musíme počítat s tím, že i cizinci z různých zemí si vytvářejí mínění o kultuře Čechů, o zvláštностech českého národního charakteru. Je užitečné znát tato mínění cizinců, neboť nás leckdy upozorní na některé negativní rysy českého charakteru, které si sami neuvědomujeme. Podle Terje B. Englunda, norského žurnalisty, autora knihy o Češích, kromě běžně známých vlastností, jako je velká konzumace piva nebo masová euforie při mezinárodních hokejových a fotbalových mistrovstvích, mají Češi silný sklon ke skeptickému nazírání na svět, které je podle autora interpretováno jako „*obezřetné chování spojené s pochybováním o vznešených ideálech*“. Dalším charakterovým znakem je rezervovaný přístup k cizincům, který se projevuje jistou uzavřeností. (70)

Programy, jež jsou uváděny postupně do praxe pod supervizí nejen vládních ale i nestátních organizací, pak mají vliv na reálný kontakt s menšinovým obyvatelstvem ve všech sférách. Jednou z nejcitlivějších oblastí je pak oblast zdraví a sociální sféry.

### ***3.1 Vietnamská minorita v České republice***

Vietnamská minorita v České republice se jeví majoritní společnosti jako velmi uzavřená a společnost vnímá jejich přítomnost a působení zejména při běžném styku s obchodníky. Vietnamská populace tvoří po Slovácích a Ukrajincích největší skupinu cizinců žijících u nás. (131)

Svou historii vzniku minority datuje do doby spolupráce v komunistickém bloku. Ta byla založena na základě vzájemných mezistátních dohod, jejichž plněním byl zejména příchod vietnamských studentů, stážistů a odborných pracovníků. Od počátku příchodu vietnamských občanů byla ze strany vietnamských státních orgánů tvrdě vyžadována disciplína a kázeň. V oblasti zdravotnictví byla v šedesátých letech minulého století realizována spolupráce ve vybudování a uvedení do provozu Nemocnice československo-vietnamského přátelství v Haiphongu. (130,131)

Po roce 1989 spolupráce na bázi výměny dvou komunistických států ustala, vývoj však ukázal, že pro vietnamské občany se stala Česká republika i nadále

zajímavou zemí pro jejich působení. Mnozí Vietnamští občané, kteří v České republice zůstali i po roce 1989, využili svých znalostí a zkušeností a stali vůdčími osobnostmi společenského i podnikatelského života vietnamské komunity u nás. Kromě své vlastní působnosti v našem státě většinou zprostředkovávají pro ostatní členy vietnamské minority na našem území právní a občanský servis. Jedná se zpravidla o majitele velkoobchodů, s nimiž jsou menší prodejci v podnikatelském vztahu. Většina osob jsou osoby samostatně výdělečně činné a prodávají v obchodech nejčastěji textil, obuv, drogistické zboží, kosmetiku, tabákové výrobky, nápoje a další zboží. (52,85,96).

Vietnamci se řadí mezi imigranty, kteří neohrožují přímou konkurencí na trhu práce majoritní obyvatelstvo, ale naopak nové pracovní příležitosti vytvářejí.

Vietnamskou populaci žijící v současné době v České republice tvoří v naprosté většině občané se státním občanstvím Vietnamu, kteří získali trvalé nebo dlouhodobé povolení k pobytu v Česku. Vietnamců se státním občanstvím České republiky je stále velmi malé procento. Celkový počet Vietnamců žijících v České republice je podle statistik zhruba 45 tisíc. Z celkového počtu je méně než polovina žen a stále výraznější součástí vietnamské populace žijící v České republice představují děti a mladí lidé, kteří se narodili po roce 1990. (117) Málo občanů plánovalo se v České republice usadit natrvalo. Mnozí Vietnamci, jimž se za pobytu u nás narodily děti, chodí zde do školy a češtinu zvládají jako druhý rodný jazyk, však návrat do vlasti velmi zvažuje. Česká majoritní společnost na Vietnamce velmi brzy zvykla a rasismus vůči nim je ve srovnání s násilím na Romech takřka minimální. Zejména bývá kladně oceňována úslužná povaha a tiché chování. I přes poměrně nekonfliktní klima má příběh vietnamské migrace do Čech jeden problém: výraz Vietnamec se tak trochu stal synonymem užitečného a laskavého podvodníka a česká společnost není zcela připravena na nástup asijských chlapců a dívek do prestižních škol, což se stalo trendem současnosti. V této souvislosti se ujal pojem „banánové děti“. Banán, na povrchu žlutý a uvnitř bílý se stal synonymem pro děti, jež se na pohled odlišují od dětí majority, ale uvnitř si již nesou vzorce chování současné společnosti. Jsou zároveň ve svých školních výsledcích velmi úspěšné, v čemž lze spatřovat silnou touhu rodičů, aby jejich děti vystudovaly. Jejich přáním je, aby jejich děti jednou byly více úspěšné než oni sami.

Zárukou úspěchu je nesmírná ctižádost dětí, dále jejich spolehlivost a také fakt, že rodiče je hodně nutí k výkonům. (95)

Vietnamská komunita má v České republice několik reprezentujících organizací. Patří mezi ně Svaz Vietnamců v ČR, Svaz vietnamských podnikatelů, Česko – vietnamská společnost, Svaz vietnamské mládeže a studentů a také několik vydavatelství tisku. Všechny tyto organizace jsou zaměřeny především dovnitř vietnamské komunity, na pomoc příslušníkům komunity či na pomoc rodné zemi. Jen velmi nepatrné množství aktivit, které jsou spojeny s vietnamskou komunitou je zaměřeno na reprezentaci Vietnamu a jeho kultury v celé své rozmanitosti. (102)

### ***3.2 Čínská minorita v České republice***

Při popisu, kdo je vlastně číňan, musíme rozlišovat mezi Číňany, kteří dlouhodobě z ekonomických či politických důvodů žijí mimo historické čínské území, ale udržují si čínské občanství, a mezi Číňany, jejichž předkové ze stejných důvodů starou vlast už před desítkami či stovkami let opustili, usadili se v zahraničí a přijali cizí občanství. Jejich „čínskost“ je především výrazem hlubokého etnického povědomí a duchovní spojitosti s vlastní předků (116,93).

Být Číňanem znamená podílet se na konkrétní jedinečné kulturní identitě, sdělované specifickým jazykem, životním stylem a zvyklostmi. K udržování tohoto povědomí jim kromě cílené výchovy napomáhá též fakt, že i u dětí ze smíšených manželství čínské (mongoloidní) fyzické rysy převládají (94).

Tak jako u předchozí minority, přijížděli čínští studenti a specialisté, ale ti se po ukončení studia či stáže většinou vraceli do své vlasti. Po roce 1989 se Číňané začali u nás usazovat ve větším množství. Jejich cílem už nebylo jako v minulosti studium, ale podnikání zaměřené na restaurátorství a prodejní činnost. Číňané měli už předem doma domluveny dodávky zboží a přinášeli s sebou i počáteční kapitál, aby se u nás mohli usadit a navázat potřebné kontakty. Tak jako u vietnamské minority i zde se někteří věnují tomu, aby zájemcům pomohli vyřídit oficiální pozvání, pomohou vyřídit formality kolem povolení k pobytu, založení firmy či sehnání vhodného zaměstnání.

Statistiky uvádějí, že cizinců s povoleným pobytem na území České republiky je v současné době přes pět tisíc.(8,37, 114, 118)

## **4. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **4.1 Předmět a objekt výzkumu**

Předmětem výzkumu je zjistit, zda práva pacientů, jež jsou zakotvena v mezinárodním i národním právu, stejně jako v etickém kodexu Práv pacientů v oblasti informovaného souhlasu, v nichž má pacient právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí, jsou plně a dostatečně aplikována diferencovaně i pro menšiny. Objekt výzkumu je vietnamská a čínská minorita v České republice

### **4.2 Cíl práce**

Zvolené cíle vycházejí z předmětu práce, který klade důraz na dodržování práv pacientů s ohledem na zvyšování kvality komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Neboť komunikace je pro zdravotní personál v oblasti péče o pacienty celoživotní proces učení se. Jedná se o vykonávání důvěrné dráhy spolu s pacientem a jeho rodinou od zázraku zrození až po tajemství smrti.(32)

Prvním cílem práce je navázat na analýzy výsledků projektu, zabývajícím se efektivní, kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péčí pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice. Cílem bylo zanalyzovat obecné informace a zjistit míru informovanosti pacienta nebo potenciálního pacienta a jeho sociální, kulturní, etnické a etické důvody, které by mohly vést příslušníky vietnamského a čínského etnika na území České republiky v některých případech k informovanému odmítnutí lékařského či diagnostického vyšetření, zákroku či ústavní péče z důvodu komunikační, zejména jazykové bariéry, nebo dále z důvodu, že respondent by takto postupoval i ve své původní vlasti nebo dále z důvodu příklonu k tradičním formám východní léčby.

Druhým cílem práce bylo potvrdit hypotézu, že respondenti z řad pacientů nebo potenciálních pacientů pouze vietnamské minority mají povědomí o zákonném právu a povinnosti souhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným zákrokem a že respondenti z řad pacientů nebo potenciálních pacientů pouze vietnamské minority využívají v praxi

zákonného práva na informace o svém zdravotním stavu. Výsledky dotazníkového šetření pak byly porovnány s předchozím výzkumem u pacientů nebo potenciálních pacientů české národnosti.

#### **4.3 Výzkumné otázky, hypotézy**

Na základě zpracované teorie a vytýčení výše uvedených cílů byly stanoveny pracovní výzkumné otázky a hypotézy.

K prvnímu cíli práce byly stanoveny pracovní výzkumné otázky:

- 1. Je důvodem pro případné informované odmítnutí lékařského či diagnostického zákroku či poskytnutí léčby (ambulantní i ústavní) komunikační, zejména jazyková bariéra?**
- 2. Je důvodem pro případné informované odmítnutí lékařského či diagnostického zákroku či poskytnutí léčby (ambulantní i ústavní) je stejný sociální vzorec jednání, jakým by se pacient řídil, kdyby žil ve Vietnamu nebo v Číně?**
- 3. Je důvodem pro případné informované odmítnutí lékařského či diagnostického zákroku či poskytnutí léčby (ambulantní i ústavní) příklon k tradičním formám východní léčby?**

K druhému cíli práce byly stanoveny hypotézy:

- H 1: Respondenti z řad pacientů nebo potenciálních pacientů mají povědomí o zákonném právu a povinnosti souhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným zákrokem.**
- H 2: Respondenti z řad pacientů nebo potenciálních pacientů využívají v praxi zákonného práva na informace o svém zdravotním stavu.**

## 5. Metodický postup

Metodický postup ve výzkumné části této práce u prvního cíle bylo využíváno kvalitativní formy výzkumu. Pro sběr dat od respondentů byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl připraven na základě analýzy textů, dokumentů a odborné literatury, u druhého cíle byla využíváno kvantitativní formy výzkumu. Byla použita metoda primárního výzkumu formou dotazníku.(41)

### 5.1 Použité metody a techniky

*Sekundární a primární prameny* jsou obsaženy již v teoretické části práce a staly se výchozími údaji pro předmět a cíle práce.

*Primární data* v empirické části byla získána na základě polostrukturovaného rozhovoru a na základě dotazníkového šetření. Rozhovory i dotazníkový výzkum byl sbírán osobně, při sběru dat u dotazníků docházelo v některých případech k podrobnějšímu vysvětlení jednotlivých otázek, aby při odpovědi nedocházelo ke zkreslení.

Zvolenou metodou u prvního cíle práce byl kvalitativní výzkum, nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Nástrojem pro získávání dat byl polostukturovaný kvalitativní rozhovor a analýza dostupných textů a dokumentů.

Rozhovor byl rozdělen na tři části.

Obsah otázek v první části rozhovoru se týká znalostí češtiny, případně dalších jazyků, kterými se na území České republiky dorozumívají v běžném životě. Dále se otázky zaměřují na oblasti vnímání vlastního zdraví a péče o něj, na komunikaci s lékaři a zdravotnickými pracovníky při ambulantní návštěvě lékaře nebo při hospitalizaci. Zaměřuje se na důvody, pokud takové existují, při kterých by odmítl lékařský diagnostický zákrok nebo poskytnutí léčby v České republice. Oblast simulačních otázek této části rozhovoru napomáhá respondentovi vcítit se do role pacienta/klienta zdravotnického zařízení a následně simulovat jeho reakce při komunikaci se zdravotnickým personálem.



Obsah otázek v druhé části rozhovoru se zaměřuje na chování respondenta ve své vlasti při komunikaci s lékaři a zdravotnickými pracovníky. Oblast simulačních otázek této části rozhovoru napomáhá respondentovi vcítit se do role pacienta/klienta zdravotnického zařízení ve své vlasti a zaměřuje se na zjištění, zda respondent by volil stejný postup a vedly by ho k němu stejné důvody při odmítnutí diagnostického zákroku nebo poskytnutí léčby jako při léčení v České republice.

Obsah otázek ve třetí části rozhovoru se zaměřuje na užívání tradičních forem východní medicíny a léčby a její využívání při pobytu v České republice. Oblast simulačních otázek této části rozhovoru napomáhá respondentovi vcítit se do role pacienta/klienta v České republice a důvody, jež by ho vedly k odmítnutí diagnostického zákroku nebo poskytnutí léčby z důvodu, že by místo toho zvolil postupy tradiční východní léčby.

Rozhovor obsahuje celkem 43 otázek. Rozhovor byl zcela anonymní. Je uveden v příloze č. 1.

Na základě rozhovorů byly vytvořeny kasuistiky. Kasuistiky tvoří výzkumný podklad, který byl zpracován v kategorizovaných tabulkách a grafech, v němž jsou zpracovány nejdůležitější výsledky výzkumu.

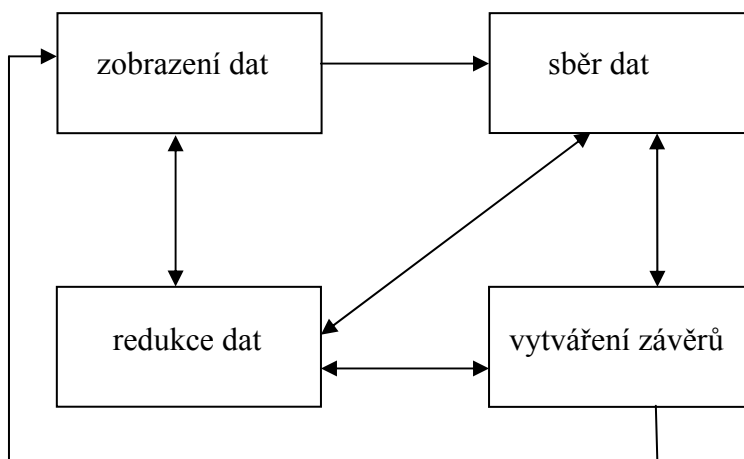
Výzkum proběhl v létě 2007 a byl součástí řešení projektu *Zajištění efektivní, kulturně diferencované péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice*.

Teoretickým zdrojem pro obecnou část analýzy se stala etnometodologie studující a interpretující běžné lidské činnosti a jejich organizaci, etnografie čerpající z kulturní a sociální antropologie a fenomenologický přístup s důrazem na porozumění sledovaným skutečným.

Etnografický výzkum byl zvolen s cílem získat holistický obraz určitého jevu s důrazem na dokumentování každodennosti jedinců. Ve zpracované práci se jedná o mikroetnografii, v níž se uplatňuje etnografický pohled na vymezenou sociální jednotku, nebo procesy uvnitř skupiny, ale přesto usiluje o holistický pohled a kontextuální faktory. Byl zvolen pružný plán postupu.

Kvalitativní postup výzkumu si vyžádal přesný a adekvátní popis dat při jeho optimální fixaci, úpravě a zobrazení. Úprava dat má již analytický charakter a je

v úzkém vztahu k vyhodnocování kvalitativních dat. Při průběhu analýzy byl použit interaktivní model analýzy dat navržený Milesem a Hubermanem. (25)



Provázanost jednotlivých kroků analýzy kvalitativních dat, Hendl 2005

Základním cílem etnografického výzkumu bylo poznat málo známé chování a kulturu určité sociální skupiny jedinců. Při analýze etnografických dat se nepostupovalo podle přesně daného algoritmu. (25)

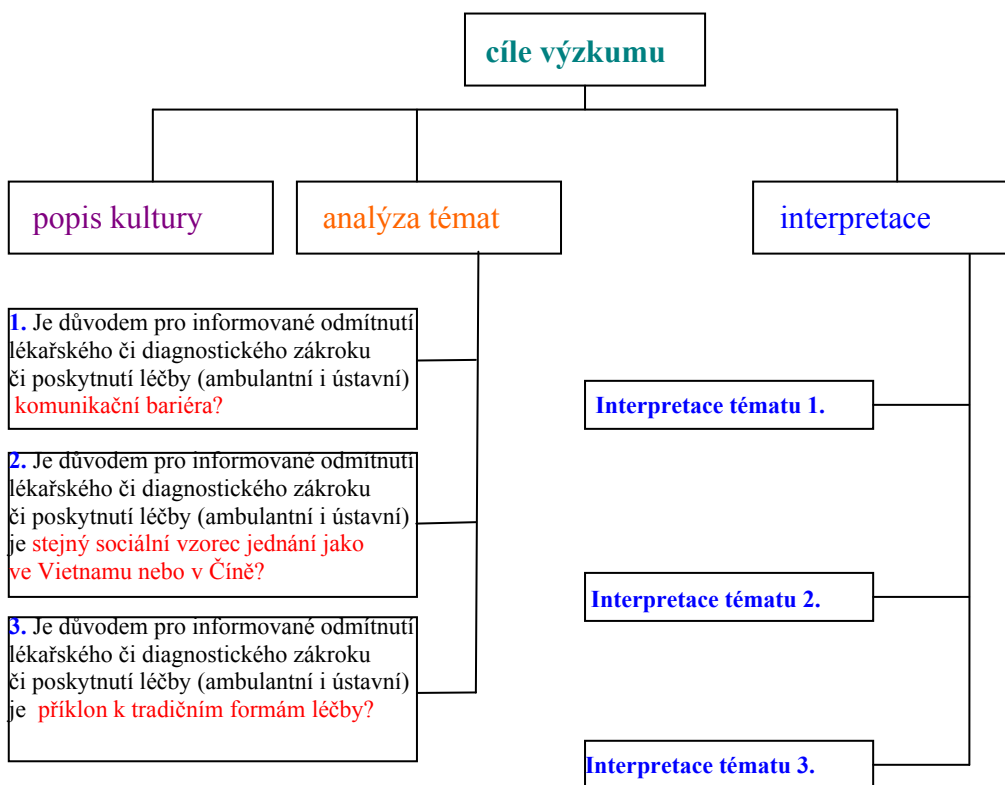
Při vývoji a ověřování hypotéz byla využívána analytická indukce. Podle Hendla se dovozuje, že v etnografickém výzkumu můžeme vycházet z pozice subtilního realismu. Předpokládáme přitom, že nalezené koncepty a kategorie mají reálný status, usilujeme o identifikaci mechanismů a struktur i podmínek, za kterých se projevují. Při analýze byly uplatňovány tři základní činnosti:

*Myšlení*, v němž bylo zpracováno množství komplexních informací a byl jim dán smysl. Myšlenky byly zachycovány pomocí poznámek a propojeny následně s příslušnými daty z terénu. *Vytváření kategorií* pro organizační podchycení získaných dat zařazením do jednotlivých kategorií. *Progresivní zaměření* při procesu analýzy a sběru dat byly navrženy a upřesněny výzkumné otázky. Proces analýzy se tak zaměřil na vybrané aspekty sledované kultury. Postupně docházelo k přechodu od popisu k procesu interpretace.

V procesu etnografické studie bylo pracováno s velkým objemem písemných dokumentů různého původu. Jejich analýza přispěla k triangulaci výsledků. Byla použita technika „nepřetržitého porovnávání“, v níž byly brány jednotlivé segmenty dat

a byla sledována jejich relevance k dosud navrženým kategoriím. Zároveň byly segmenty porovnávány s jinými segmenty o podobných vlastnostech.

Při zobrazení dat byly použity prostředky navržené Milesem a Hubermanem.



Zvolenou metodou u druhého cíle je primární výzkum formou dotazníku. V oddílu I. dotazníku s otázkami s funkcí nástrojovou: identifikační údaje respondenta, kterým bylo pohlaví, věk, a status respondenta. V oddíle II. respondenti odpovídali na 5 uzavřených otázek.

Výzkum proběhl na počátku roku 2009. Dotazník je uveden v příloze č. 2.

## 5.2 Charakteristika souboru

Výběr účastníků rozhovoru, související s realizací prvního cíle práce byl vázal na osoby vietnamské a čínské národnosti, které spolupracovali na víceletém projektu *Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a*

*čínskou minoritu v České republice*, dlouhodobě žijí na území České republiky a mají dobré jazykové znalosti češtiny. Jednalo se o pět osob z vietnamské minority a tři osoby z čínské minority.

Pro realizaci druhého cíle práce byli vybráni respondenti, kteří jsou vietnamské národnosti, žijící na území Jihočeského kraje v okresech České Budějovice, Český Krumlov, Prachatice a Strakonice.

Z celkového počtu osobně oslovených 96 respondentů dalo souhlas k vyplnění dotazníku 61 osob.

## 6. Výsledky

### 6.1 Výsledky k výzkumným otázkám

#### 6.1.1 Kasuistiky respondentů výzkumu

Údaje, které jsou uvedeny v kasuistikách, v tabulkách a v grafech vycházejí z výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Přepis rozhovorů tvoří přílohu č. 3.

#### **Kasuistika respondenta č. 1**

##### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je muž, je mu 45 let, narodil se ve *Vietnamu* a v České republice žije již 11 let. Myslí si o sobě, že hovoří dobře česky. Jeho mateřštinou je vietnamština. Zde hovoří převážně česky, vietnamsky hovoří se svou rodinou a s přáteli. *Nemá při komunikaci jazykové problémy*, jen někdy, když ten, se kterým komunikuje mluví rychle. Občas má problémy při komunikaci na úřadech. Svou *komunikaci se zdravotnickým personálem* hodnotí v první řadě jako průměrnou, až poté jako dobrou. Špatné zkušenosti také má, ale jsou malé. Většinou rozumí všemu, co mu lékař nebo zdravotník říká, když se jedná o běžné věci. Informovaný souhlas je pro respondenta něco s čím se má souhlasit a myslí si, že jej asi zná. Práva pacienta v České republice moc nezná. *Vyšetření nebo léčení* by neodmítl, zeptal by se ještě jednou na obsah sdělovaného. V České republice se cítí bezpečně. S lidmi je mu příjemné komunikovat tak na vzdálenost půl metru, ale preferuje, aby se jej cizí lidé nedotýkali. Cítí se *zdráv* a *pečuje o své zdraví*. Lékaře v České republice navštěvuje, ale ne moc často. *Na preventivní prohlídky* chodí, ale jen pokud mu lékař řekne, kdy má přijít. Jeho *převážná zkušenost se zdravotní péčí v České republice* je na prvním místě dobrá, pak až je hodnocení průměrné. *V případě, že by neuměl česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici*, velmi by se obával komunikovat se zdravotnickým personálem. Určitě by požadoval *tlumočníka*, určitě by požadoval *přítomnost rodiny*, zejména někoho, kdo česky umí. *Pokud by něčemu nerozuměl*, zřejmě by nepožádal o vysvětlení, protože by se styděl.

*Informovaný souhlas, aniž by věděl, co obsahuje by zřejmě podepsal, neví, co by podepsal, protože všude se podepisuje spousta listin. Dává si pozor na úřadech, co podepisuje. O svém zdravotním stavu hovoří málo, jen někdy s rodinou, ale s blízkými přáteli ano, protože zeptat se na jejich zdraví je výrazem slušného chování a vyjadřuje tím svůj zájem o ně. Hodnoty, které v pořadí jako nejdůležitější uznává, je na prvním místě zdraví, potom práce a dále rodina. Za svou rodinu považuje manželku, otce a matku a sourozence. Kdyby byl ve své vlasti u lékaře nebo v nemocnici, tak by se neobával komunikace se zdravotnickým personálem, neměl by problém znovu požádat o vysvětlení, pokud by mu nerozuměl. Neodmítl by vyšetření nebo léčení, i kdyby nerozuměl, protože zdravotnickému personálu důvěřuje. Tradiční východní léčbu zná od své matky. Při pobytu v České republice, když má pocit, že je nemocný, například má chřipku, tak mu žena uvaří bylinky, pak ale odchází za lékařem. Jinou formu než bylinky z tradiční východní léčby neužívá. Kdyby byl nemocný, využije nejdříve tradiční východní léčbu a potom jde k lékaři. Někdy aplikuje současně obě varianty léčby. Neodmítl by vyšetření nebo léčbu z důvodu příklonu jen k tradiční východní léčbě.*

## **Kasuistika respondenta č. 2**

### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je muž, je mu 48 let, narodil se v Číně a v České republice již žije 15 let. Hovoří česky, je mateřštinou je čínština. Dále ovládá angličtinu a němčinu. V České republice převážně hovoří česky, ale i čínsky. *Jazykové problémy* při jednání s Čechy nemá. Svou převážnou zkušenost při *komunikaci se zdravotnickým personálem* hodnotí jako dobrou. Rozumí všemu, co lékař nebo zdravotní pracovník říká. Neví, co je *informovaný souhlas*. Ne příliš zná *práva pacienta* v České republice. Neví, zda by *odmítl vyšetření nebo léčení*, kdyby mu nerozuměl. V naší republice se cítí bezpečně. Nevadí mu *kontakt s cizí osobou* a žádnou vzdálenost mezi ním a druhou osobou neuvádí. *Zdráv* se cítí, ale někdy ne. *O zdraví* pečuje, ale podle jeho mínění málo. V České republice *lékaře navštěvuje, na preventivní prohlídky* chodí, ale jen někdy. Na preventivní prohlídky chodí i jeho děti. Jeho *převážná zkušenost se zdravotní péčí*

v České republice je dobrá. Pokud by si představil, že neumí česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici, *neobával by se komunikace se zdravotnickým personálem*, požádal by o *tlumočníka* nebo by požádal o *přítomnost někoho z rodiny*, kdo ovládá jazyk. Neví, zda by požádal znovu o vysvětlení, když by mu nerozuměl. *Informovaný souhlas* by podepsal, i kdyby nevěděl, co obsahuje, protože lékaři důvěřuje. *Odmítl by vyšetření nebo léčbu*, pokud by mu zcela nerozuměl. *O zdraví a nemoci* moc se svou rodinou nemluví. Pokud mluví s přáteli, spíše je poslouchá, co mu říkají, do hovoru se aktivně nezapojuje. *Hodnoty* řadí tak, že na prvním místě je zdraví, potom rodina, práce a víra. *Za rodinu* považuje děti, ženu, otce, matku, a rodiče ženy. *Rodina pomáhá nemocnému* tak, že mu pomáhá zvládat běžné denní úkoly, dává mu léky a navštěvuje jej v nemocnici. *Když si představí, že by byl ve své vlasti a byl u lékaře nebo v nemocnici*, tak se *komunikace se zdravotnickým personálem* neobává, požádal by *znovu o vysvětlení*, *kdyby něčemu nerozuměl*, ale *neodmítl by vyšetření nebo léčení i kdyby mu zcela nerozuměl*. *Tradiční východní léčbu* zná, seznámil se s ní v rodině, jako všechny děti. Při pobytu v České republice dává přednost *západní medicíně*. *Zforem tradiční východní léčby* využívá někdy diety, úpravu stravy, bylinky a velmi ojediněle baňky. Při nemoci někdy *současně tyto dvě metody léčky aplikuje současně*. Neodmítl by vyšetření nebo léčbu z důvodu *příklonu k východní tradiční léčbě*.

### **Kasuistika respondenta č. 3**

#### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *žena*, je jí 54 let, narodila se v *Číně*. Hovoří velmi dobře česky, dokonce překládá a tlumočí. Jejím mateřským jazykem je čínština. Další jazyky, které ovládá je angličtina a ruština. V České republice mluví česky. Při komunikaci s Čechy nemá jazykové problémy. Její převážná zkušenost při *komunikaci se zdravotnickým personálem* je na prvním místě hodnocena jako dobrá, na druhém místě hodnocena jako průměrná. Rozumí všemu, co jí lékař nebo zdravotnický pracovník říká. Ví, co je *informovaný souhlas* a zná *práva pacienta v České republice*. Kdyby něčemu nerozuměla, *odmítla by vyšetření nebo léčení*. V České republice se cítí bezpečně a

nevadí jí žádná vzdálenost při komunikaci s cizí osobou. Někdy se cítí *zdráva* a velmi *pečuje o své zdraví*. *Navštěvuje lékaře a chodí na preventivní prohlídky*. Také její děti chodí na preventivní prohlídky. Její *převážná zkušenost se zdravotní péčí v České republice* je hodnocena na prvním místě jako průměrná a na druhém místě jako dobrá. Pokud by si měla představit, že *neumí česky a je u lékaře nebo v nemocnici*, tak by k doktorovi sama nešla. Požadovala by *tlumočnicka*, protože je nezbytné, aby člověk věděl, co s ním budou dělat. Požadovala by také *přítomnost někoho z rodiny*, kdo by uměl česky, ale měla by to být také žena. Pokud *něčemu nerozuměla*, o znovu vysvětlení by sama nepožádala, musela by mít někoho s sebou, kdo by se zeptal za ní. Nepodepsala by *informovaný souhlas*, o němž by nevěděla, čeho se týká a odmítla by *vyšetření nebo léčbu, pokud by jí nerozuměla*. O svém *zdraví* mluví převážně se sestrou, pokud se baví *o zdraví s přáteli*, pak většinou spíše se ženami. *Hodnoty* jsou pro respondentu na prvním místě děti, potom rodina, zdraví, práce a dostatek peněz. Za *rodinu* považuje manžela, děti, rodiče, tety, strýce a jejich děti. Pokud někdo *onemocní v rodině*, stará se o něj žena. Pokud by byla *ve své vlasti*, neobávala by se *komunikace se zdravotnickým personálem*, protože doma je to jiné, tak jsou všichni na to zvyklí. *Požádala by znovu o vysvětlení*, protože v její vlasti lékař pacientovi všechno hodně vysvětluje, hodně si povídají. *Tradiční východní medicínu* zná, zná ji od dětství z rodiny. Při pobytu v České republice dává přednost *západní medicíně*, z Číny si vozí jen různé bylinné tinktury, které pak používá, buď je pije, nebo se jimi maže nebo se nahřívá. *Při onemocnění* je k lékaři, nevyužívá souběžně obě varianty léčby, bylinky spíše jako prevenci a *neodmítla by vyšetření nebo léčbu z důvodu*, že by zvolila místo toho tradiční východní medicínu.

#### **Kasuistika respondenta č. 4**

##### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *muž*, je mu 47 let a narodil se ve *Vietnamu*. V České republice žije 6 let. Myslí si, že hovoří *česky* jen částečně, myslí, že ne dobře. Jeho mateřštinou je vietnamština a další jazyky, které ovládá je angličtina a němčina. V České republice se



snaží mluvit česky, se svými přáteli vietnamsky. Občas má *jazykové problémy při jednání s Čechy*. Jeho převážná zkušenost při *komunikaci se zdravotnickým personálem* je na prvním místě hodnocena jako špatná, na druhém místě jako průměrná. Jen někdy *rozumí* všemu, co mu lékař nebo zdravotnický personál říká. Neví, co je *informovaný souhlas* a nezná *práva pacienta* v České republice. Neví, zda by *odmítl vyšetření nebo léčení*, kdyby mu nerozuměl. Zřejmě ne, ale bylo by to podle toho, co by ho bolelo. V České republice se někdy cítí bezpečně. Nechce, aby se jej neznámí lidé příliš dotýkali. Málo *navštěvuje lékaře* a na *preventivní prohlídky* nechodí. neví, zda děti chodí na preventivní prohlídky, tuto informaci by více věděla jeho žena. Když hodnotí svou *převážnou zkušenost se zdravotní péčí v České republice*, tak na prvním místě je zkušenost špatná, na druhém místě je zkušenost průměrná. Pokud by si měl *představit, že vůbec neumí česky a je u lékaře nebo v nemocnici*, pak by se obával komunikace se zdravotnickým personálem. Neví, zda by požadoval *tlumočnicka*, ale požadoval by *přítomnost někoho z rodiny*, kdo česky umí. Myslí si, že by nepožádal *znovu o vysvětlení*, kdyby nerozuměl. Neví, zda by podepsal *informovaný souhlas*, kdyby nevěděl, co obsahuje. Neodmítl by *vyšetření nebo léčení* z důvodu, že by mu nerozuměl. O *svém zdraví* se svou *rodinou* moc nemluví, pokud *mluví o zdraví s přáteli*, pak uvádí, že se někdy na jejich zdraví zeptá, a to proto, že je to důležité pro udržení dobrých vztahů. *Hodnoty* řadí na první místo práci, na druhé místo rodinu a potom zdraví. Za *rodinu* považuje rodiče, manželku sourozence a děti. Když *onemocní někdo z rodiny*, tak za něj pracuje. Pokud by si měl představit, *že je ve své vlasti* a byl by u lékaře nebo v nemocnici, neví, zda by se tam také obával *komunikace se zdravotním personálem*. Nepožádal by *znovu o vysvětlení*, kdyby něčemu nerozuměl, protože není lékař a těmto věcem nerozumí. Ale neodmítl by vyšetření nebo léčení, i kdyby mu zcela nerozuměl. *Tradiční východní léčbu* zná, protože ji znají všichni. Neužívá ji. Neodmítl by *vyšetření nebo léčbu z důvodu zvolení tradiční východní léčby*.

## **Kasuistika respondenta č. 5**

### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *žena*, je jí 46 let a narodila se v *Číně*. V české republice žije 17 let. Myslí si, že *česky* hovoří výborně. Její mateřština je *čínština*. Další jazyky, které ovládá, je *angličtina*, *ruština* a *němčina*. V České republice mluví skoro jen *česky*, nemá žádné *jazykové problémy* při jednání s *Čechy*. Její *převážná zkušenost při komunikaci se zdravotnickým personálem* je hodnocena jen jako *dobrá*. Rozumí všemu, co jí lékař nebo zdravotnický personál říká. Ví, co je *informovaný souhlas* a zná *práva pacienta* v České republice. V žádném případě by *neodmítla vyšetření nebo léčbu, i kdyby jí nerozuměla*. Při *komunikaci s cizími lidmi* jí *nevadí blízkost*, nemá ráda, když se jí dotýkají *cizí lidé*. *Cítí se zdráva a pečuje o své zdraví*. Když se na tom domluví s lékařem, tak *chodí na preventivní prohlídky*. Její *převážná zkušenost se zdravotní péčí v České republice* je hodnocena výhradně jako *dobrá*. *Pokud by si měla představit, že neumí česky a je u lékaře nebo v nemocnici*, *neobávala by se komunikace se zdravotnickými personálem, tlumočnicka* by požadovala jen u složitého léčení a *nepožadovala by přítomnost rodiny*. Pokud by něčemu zcela *nerozuměla*, *nepožadovala by další vysvětlení*, jen by čekala, co s ní budou dělat a *kdyby se jí to pak nelíbilo*, tak by dala nějak *najevo*, ukázala by, že to *nechce*. Podepsala by *informovaný souhlas*, i *kdyby o něj nevěděla*, co obsahuje, ale *neodmítla by vyšetření nebo léčení*, *kdyby mu zcela nerozuměla*. O *svém zdraví nebo o nemoci* mluví se svou rodinou, nejvíce s *manželem*. Pokud mluví *o zdraví a nemoci se svými přáteli*, pak zejména se *ženami*. *Hodnoty*, které podle důležitosti řadí, na prvním místě je *zdraví*, potom *děti*, *rodina*, *vlast*, a *peníze*. Za *rodinu* považuje *manžela* a *děti*. Když někdo *onemocní v rodině*, *rodina se o něj stará*, *pečuje o něj*, *nosí mu jídlo*, a to i *do nemocnice*, pokud si to přeje, *navštěvuje ho v nemocnici* a *pracuje za něj*. *Kdyby byla doma ve své vlasti*, *neobávala by se komunikace se zdravotnickým personálem*, ale jistě by je *požádala znovu o vysvětlení*, pokud by něčemu *nerozuměla*. *Neodmítla by vyšetření nebo léčbu* i *kdyby jí nerozuměla*, protože by to byl *projev nedůvěry vůči lékařům*. *Zná tradiční východní léčbu* a *naučili jí starší ženy v rodině*. Přesto při *pobytu v České republice* dává *přednost*

*západní medicíně, z tradiční užívá jen někdy masti a bylinky jako prevenci. Neodmítla by vyšetření nebo léčbu z důvodu zvolení tradiční východní léčby.*

### **Kasuistika respondenta č. 6**

#### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *muž*, je mu 58 let a narodil se ve *Vietnamu*. V České republice žije již 15 let. Myslí si, že *česky* hovoří dobře, jeho mateřštinou je vietnamština. Z dalších jazyků ovládá jen trochu ruštinu. Mluví česky, ale s rodinou jen vietnamsky. Uvádí, že nyní již nemá *jazykové problémy*, ale připouští, že v minulosti měl velké problémy. Jeho převážná *zkušenost při komunikaci se zdravotnickým personálem* je na prvním místě hodnocena jako dobrá, na druhém místě hodnocena jako průměrná. Sděluje, že úplně všemu nerozumí, co mu lékař sděluje, rozumí obyčejným věcem a obecným pokynům. Neví, co je *informovaný souhlas* a nezná *práva pacienta* v České republice. Neodmítl by *vyšetření nebo léčbu*, i kdyby o ní nic nevěděl. Pečuje o své *zdraví* a cítí se zdravý. Lékaře navštěvuje málo a jen někdy chodí na *preventivní prohlídky*. Jeho převážná *dosavadní zkušenost se zdravotní péčí* v České republice je hodnocena na prvním místě jako dobrá, na druhém místě jako průměrná. *Pokud by neuměl česky a byl u lékaře nebo v nemocnici*, pak uvádí, že by měl strach při *komunikaci se zdravotnickým personálem*. Není si jist, zda by požadoval *tlumočníka*, ale požadoval by někoho *z rodiny*, kdo ovládá jazyk. Zřejmě by nepožádal *znovu o vysvětlení* věci, které by nerozuměl. Asi by podepsal *informovaný souhlas*, protože by nevěděl, co to je. Zřejmě by ale neodmítl *vyšetření nebo léčbu*, i kdyby jí vůbec nerozuměl. *O zdraví a nemoci* nemluví se svou *rodinou* ani s *přáteli*. *Hodnoty*, které jsou pro něj nejdůležitější podle pořadí na první místo staví práci, pak přátele, rodinu, komunitu a zdraví. Když *někdo v rodině onemocní*, rodina má povinnost se o něj postarat. chodí s ním k lékaři, navštěvuje ho v nemocnici, nosí mu jeho oblíbené jídlo. *Pokud by byl ve své vlasti*, tak by se neobával *komunikace se zdravotnickým personálem*, požádal by *znovu o vysvětlení*, pokud by něčemu nerozuměl, ale neodmítl by *vyšetření nebo léčbu*, i kdyby o ní nic nevěděl, protože by to bylo nedůstojné vůči

lékaři. *Tradiční východní léčbu* zná, ale nepovažuje je jí za důležitou a neodmítl by vyšetření nebo léčbu z důvodu příklonu k ní.

### **Kasuistika respondenta č. 7**

#### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *muž*, je mu 55 let a narodil se ve *Vietnamu*. V České republice žije 6 let. Zatím podle jeho slov neumí dobře *česky*, jeho rodným jazykem je vietnamština. Neovládá žádný další jazyk. V České republice mluví česky, jen když musí, jinak uvnitř komunity využívá vietnamštinu. Přiznává, že stále ještě má *jazykové problémy* při jednání s Čechy. Jeho *převážná zkušenost při komunikaci se zdravotnickým personálem* je výhradně dobrá. Ne úplně rozumí všemu, co mu lékař nebo zdravotnický pracovník říká, neví co je *informovaný souhlas* a nezná *práva pacienta* v České republice. Neodmítl by *vyšetření nebo léčbu* i kdyby jí zcela nerozuměl. V České republice se cítí bezpečně někdy, má někdy problém s blízkostí cizích lidí, kteří s ním mluví. Neví, zda se má cítit *zdráv* a o své zdraví nijak aktivně nepečuje. Málo *navštěvuje lékaře* a nechodí na *preventivní prohlídky*. Svou *převážnou dosavadní zkušenost se zdravotní péčí v České republice* hodnotí na prvním místě jako špatnou, na druhém místě jako průměrnou. *Pokud by vůbec neuměl česky*, obával by se *komunikace se zdravotnickým personálem* a v každém případě by požadoval *tlumočnicka*. *Přítomnost rodiny*, zejména někoho, kdo umí jazyk by přivítal v případě, že by nebyl k dispozici tlumočnick. Pokud by něčemu nerozuměl, raději by mlčel, než by si řekl znovu o vysvětlení. Podepsal by *informovaný souhlas*, protože by podepsal všechno, co by mu tam dali. Neví, zřejmě by neodmítl *vyšetření nebo léčbu*, i kdyby mu byly zcela neznámé. O svém *zdraví* a nemoci mluví se svou *rodinou* velmi výjimečně a jen se zcela blízkými přáteli. Při řazení *hodnot* podle důležitosti pro jeho osobu řadí na první místo práci, pak rodinu, peníze a zdraví. Za *rodinu* považuje děti, sourozence a jejich rodiny. Když *onemocní někdo z rodiny*, tak rodina o něj pečuje, pracuje za něj a nosí mu jídlo a navštěvuje ho. Pokud by si měl *představit, že je ve své vlasti a je u lékaře nebo v nemocnici*, pak by se také obával *komunikace se zdravotnickým*

*personálem*, nepožádal by o vysvětlení nepochopených informací, ale neodmítl by *vyšetření nebo léčbu*, i kdyby jí zcela nerozuměl. Zná *tradiční východní léčbu* od rodiny, ale aplikuje pouze bylinky jako prevenci předtím než jde k lékaři. Neodmítl by *vyšetření nebo léčbu* z důvodu upřednostnění tradiční východní léčby.

### **Kasuistika respondenta č. 8**

#### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je *žena*, je jí 23 let a narodila se ve *Vietnamu*. Žije v České republice 5 let. Podle jejích slov ovládá základy češtiny, jejím mateřským jazykem je vietnamština. Další cizí jazyky, které trochu ovládá, je angličtina a němčina. Má *jazykové problémy* zejména při komunikaci s Čechy, kteří mluví rychle a o věcech, kterým ona nerozumí. její dosavadní převážná zkušenost při *komunikaci se zdravotnickým personálem* je hodnocena jako velmi špatná, ale udává, že je to její vina, že tolik ještě neumí mluvit. Rozumí jen základním informacím, které jí lékař sděluje, neví, co je *informovaný souhlas* a nezná *práva pacienta* v České republice. Odmítla by *vyšetření nebo léčbu*, když by jí zcela nerozuměla. V České republice se cítí bezpečně, z cizích lidí má zatím strach, není jí příjemné, že jsou tak blízko ní. Cítí se zdráva a *pečuje o své zdraví*. V České republice *nenavštěvuje lékaře* a nechodí na *preventivní prohlídky*. Nemá zatím žádnou *významnou zkušenost se zdravotní péčí v České republice*. Pokud by si měla přestavit, že neumí vůbec česky, potom by k lékaři sama nešla, požádala by přátele o pomoc. K lékaři by chtěla jít jen s jinou ženou. Požadovala by *tlumočnicka* v případě, že by byla nucena jít k lékaři sama. Nepožádala by zřejmě znovu o vysvětlení z obavy, že by mu opět neporozuměla. Neví, zda podepsala *informovaný souhlas*, aniž by věděla, co je jeho obsahem. Neví, ale myslí si, že by neodmítla *vyšetření nebo léčbu* i kdyby o ní nic nevěděla. O *zdraví a o nemoci* nemluví, jen s blízkými vietnamskými ženami. *Hodnoty*, které jsou pro ni podle důležitosti na prvním místě je práce, na druhém místě rodina a zdraví na třetím místě. Za *rodinu* považuje rodiče, sourozence, prarodiče, sestřenice, bratrance, tety, strýce a jejich rodiny. Když *onemocní v rodině její člen*, rodina se o něj stará, shání mu peníze a jídlo.

*Pokud by si měla představit, že je ve své vlasti a je u lékaře nebo v nemocnici, neobávala by se komunikace se zdravotnickým personálem. Pokud by něčemu nerozuměla, zeptala by se. Neodmítala by vyšetření ani léčbu, i kdyby o ní nic nevěděla, protože oni jsou vzdělaní. Zná tradiční východní léčbu od matky. V České republice jen někdy užívá masti a bylinky. Neodmítla by vyšetření nebo léčbu z důvodu, že by upřednostnila tradiční východní medicínu.*

### **Kasuistika respondenta č. 9**

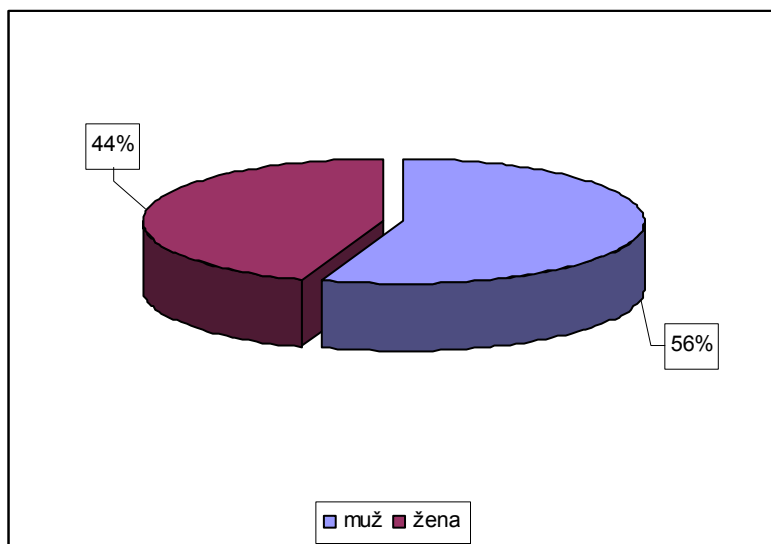
#### **Vybrané odpovědi respondenta shrnuté ve strukturované kasuistice**

Respondent je žena, je jí 35 let a narodila se ve Vietnamu. V České republice žije 9 let a česky hovoří jen v obchodě. Jejím mateřským jazykem je vietnamština. Neovládá žádné další jazyky. *Jazykové problémy* neuvádí, česky hovoří jen v obchodě, jinak vše vyřizuje manžel. Její dosavadní převážná *zkušenost při komunikaci se zdravotnickým personálem* je hodnocena jako výhradně dobrá. Rozumí všemu, co jí lékař říká, pokud mluví v jednoduchých větách a slovech. Neví co je *informovaný souhlas* a nezná *práva pacienta* v České republice. Neodmítla by *vyšetření nebo léčbu* i kdyby jí nerozuměla. Cítí se zdráva a *pečuje o své zdraví*. Navštěvuje lékaře, ale málo, s dětmi ale na *preventivní prohlídky* chodí. Její dosavadní převážná *zkušenost se zdravotní péčí* v České republice je hodnocena jako výhradně dobrá. Pokud by si měla představit, že vůbec neumí česky a je u lékaře nebo v nemocnici, měla by velkou obavu z *komunikace se zdravotnickým personálem*. Sama by si zřejmě o *tlumočnicka* neřekla, ale předpokládala by, že by někoho sehnali. Požadovala by *přítomnost manžela*. Neřekla by znovu o vysvětlení některých informací, protože by se styděla. Zřejmě by podepsala *informovaný souhlas*, aniž by jeho obsah znala, ale domluvila by se s manželem. Myslí si, že by neodmítla *vyšetření nebo léčbu* i za předpokladu, že by o ní nic nevěděla. O zdraví a o nemocech v rodině nemluví často, snaží se na nemoci příliš nemyslet. Pokud *hovoří s přáteli*, je slušnost se zeptat na jejich zdraví. *Hodnoty* na prvním místě je rodině a děti, potom zdraví, práce a peníze. Za *rodinu* považuje manžela, děti a rodiče. Když nějaký *člen rodiny onemocní*, rodina se o něj stará, pečuje o něj, navštěvuje ho a

sežene lékaře. Pokud by si respondentka měla *přestavit, že je doma ve své vlasti* a je u lékaře nebo v nemocnici, tak i tam by se *obávala komunikace se zdravotnickým personálem*, neví, zda by požádala znovu o vysvětlení informace, která jí nebyla jasná a srozumitelná, ale myslí, si, že by neomítla *vyšetření ani léčbu*, i kdyby o ní nic nevěděla. Zná *tradiční východní léčbu*, naučila se jí v rodině, ale používá jen bylinky do čaje. Neodmítla by vyšetření nebo léčbu, aby upřednostnila tradiční východní léčbu.

### 6.1.2 Grafy a tabulky

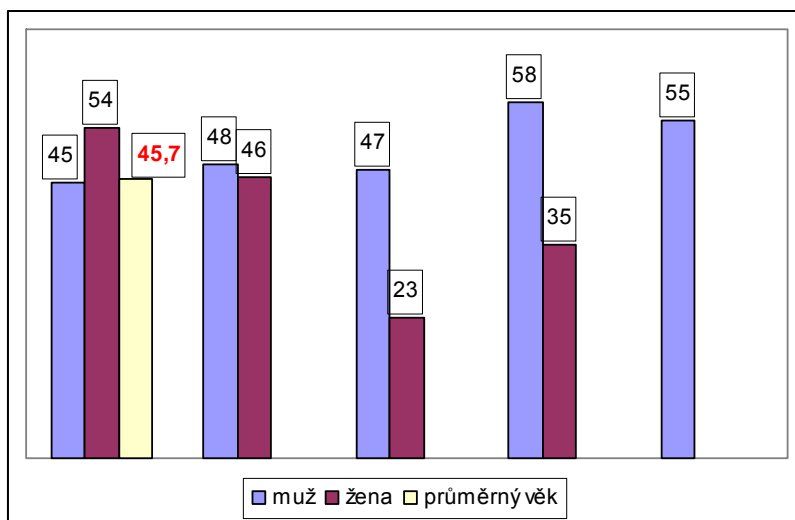
**Graf 1 Pohlaví respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu je prezentováno pohlaví respondentů. Z celkového počtu 9 (100%) respondentů bylo 5 mužů (56%) a 4 ženy (44 %).

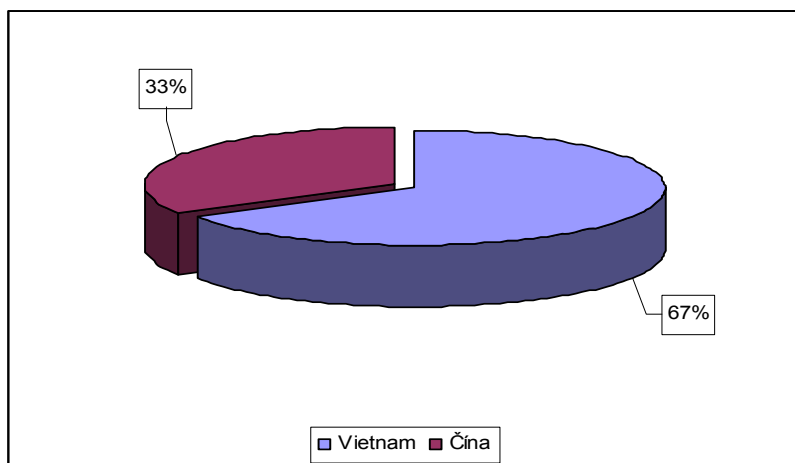
## Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf prezentuje uvedený věk respondentů výzkumu. Průměrný věk respondentů je 45,7 let. Věk respondentek žen byl 54, 46, 23 a 35 let, věk respondentů mužů byl 45, 48, 47, 58 a 55 let.

## Graf 3 Země původu

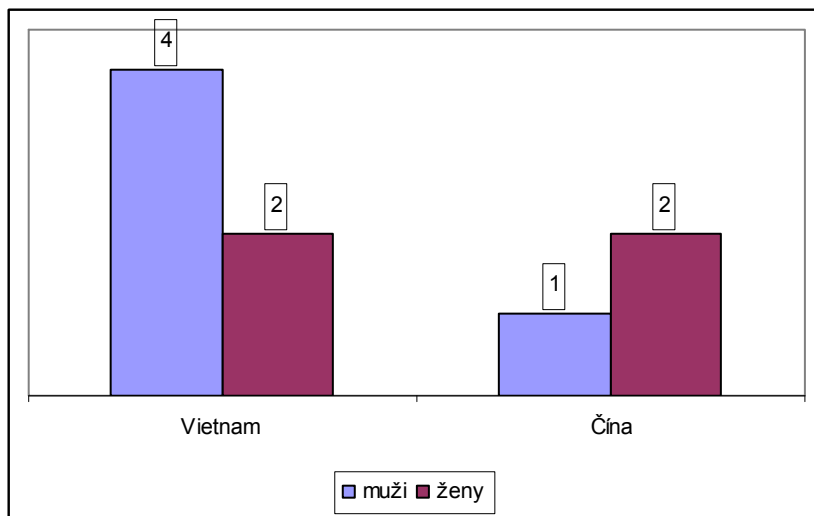


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf prezentuje zemi původu respondentů. Z celkového počtu 9 (100%) bylo 6 osob narozeno ve Vietnamu (67%) a 3 osoby narozeny v Číně (33%).



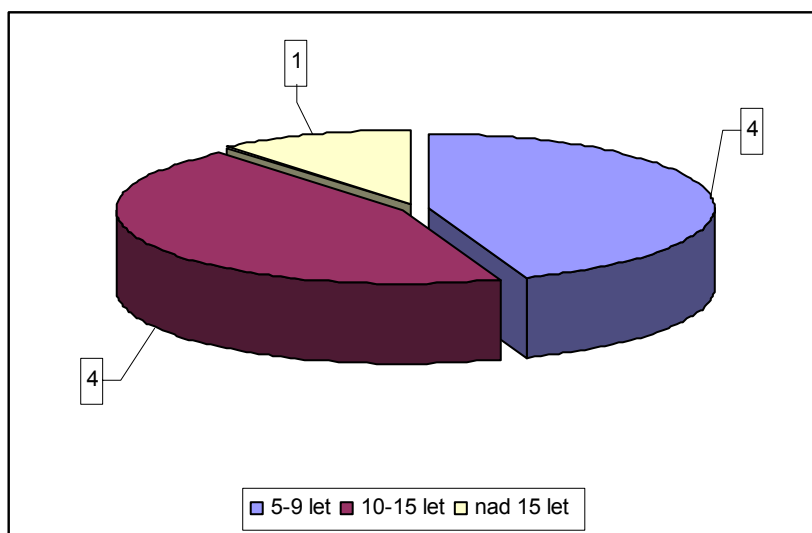
**Graf 4 Země původu a pohlaví**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf prezentuje počty účastníků podle země původu a podle pohlaví. Respondentů původem z Vietnamu bylo celkem 6 osob, z toho 4 muži a 2 ženy, respondenti původem z Číny byli celkem 3, z toho 1 muž a 2 ženy.

**Graf 5 Délka pobytu v České republice**



Zdroj: Vlastní výzkum



Graf prezentuje údaje o délce pobytu v České republice. V kategorii 5-9 let jsou respondenti, kteří žijí v České republice 5,6,6 a 9 let. V kategorii 10-15 let jsou

respondenti, kteří žijí v České republice 11,15,15 a 15 let. Do kategorie na 15 let je zařazen respondent, který žije v České republice 17 let.

**Tabulka 1 Jazykové znalosti češtiny**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano, myslím, že dobře	2	1					1			
ano	2		1			1				
ano, překládám a tlumočím	1			1						
částečně, myslím, že ne dobře	2				1			1		
domluvím se, základy	2								1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum



 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: hovoříte česky? Dobré a výborné znalosti českého jazyka uvádí celkem 5 respondentů, z toho 3 příslušníci čínské minority a 2 příslušníci vietnamské minority. Jedna respondentka uvádí znalosti výborné, které uplatňuje při překladech a tlumočení. Respondenti, kteří odpověděli, že se česky domluví částečně, jen základy jsou z těch respondentů, kteří na území České republiky žijí nejméně krátké časové období, od 5 do 9 let.

**Tabulka 2 Mateřský jazyk**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
vietnamština	6	1			1		1	1	1	1
čínština	3		1	1		1				
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority


Tabulka prezentuje v kategorizované formě mateřský jazyk respondentů. V rozhovorech 3 respondenti uvádí v souladu s místem původu svůj mateřský jazyk

čínštinu a 6 respondentů uvádí v souladu s místem původu svůj mateřský jazyk vietnamštinu.

**Tabulka 3 Další jazyk, který ovládáte**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
angličtina	6	1	1	1	1	1			1	
ruština	3			1		1	1			
němčina	4		1		1	1			1	
žádný další	2							1		1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>15</b>	1	2	2	2	3	1	1	2	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě znalost dalších cizích jazyků respondentů. Nejvíce respondentů uvádí znalost angličtiny, a to všichni respondenti z Čínské minority a 3 (50%) respondentů z vietnamské minority. Další nejčastěji uváděnou znalostí dalšího cizího jazyka je němčina. Její znalost uvedli 2 respondenti z čínské minority a 2 respondenti z vietnamské minority. Znalost ruštiny, alespoň částečnou uvádějí 2 respondenti z čínské minority a 1 respondent z vietnamské minority. Neznalost dalších jazyků uvedli 2 respondenti z vietnamské minority.

**Tabulka 4 Jazykové problémy při jednání v češtině**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano, občas	4				1			1	1	1
ne	4		1	1		1	1			
ne, jen trochu, když mluví rychle	1	1								
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority


Tabulka prezentuje v kategorizované formě své jazykové problémy v češtině při jednání s rodilými Čechy. Občasné problémy při komunikaci s Čechy potvrdili 4

respondenti z vietnamské minority, naproti tomu zcela bez problémů vidí komunikaci v českém jazyce s Čechy celkem 4 respondenti, z toho 3 respondenti z čínské minority a 1 respondent z vietnamské minority.

**Tabulka 5 Převažující zkušenost při komunikaci se zdravotním personálem**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
dobrá	7	1	1	1		1	1	1		1
průměrná	4	1		1	1		1			
špatná	2				1				1	
žádná	0									
<b>Celkový výskyt</b>	<b>13</b>	2	1	2	2	1	2	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum



 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě převažující zkušenost při komunikaci respondentů se zdravotním personálem. Nejvíce, 7 referencí obdrželo hodnocení dobrá zkušenost. Na dalším místě je hodnocení průměrná, hodnotili 4 respondenti a pouze 2 respondenti považují svou převažující zkušenost při komunikaci se zdravotním personálem za špatnou.

**Tabulka 6 Porozumění informací u lékaře**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	3		1	1		1				
ano, pokud se nejedná o odborné informace	2	1					1			
někdy, málo, základům	4				1			1	1	1
ne	0									
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum


 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce respondentů na porozumění podávaným informacím u lékaře nebo od zdravotnického personálu. Nejvíce odpovědělo respondentů, že rozumí málo, jen základním informacím. Byli to respondenti z vietnamské minority. Souhlas s porozuměním s podávanými informacemi celkem uvedlo 5 respondentů, z toho 2 uvedly, že informacím rozumí, pokud neobsahují odborné informace. V této skupině byli 3 respondenti z čínské minority a 3 respondenti z vietnamské minority. Žádný respondent neuvedl, že by podávaným informacím nerozuměl.

**Tabulka 7 Znalost pojmu informovaného souhlasu**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	2			1		1				
asi ano	1	1								
nevím	0									
ne	6		1		1		1	1	1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na znalost institutu informovaného souhlasu ve zdravotnické péči. Nejvíce respondentů odpovědělo, že pojem informovaný souhlas neznají. Bylo jich celkem 6 a všichni byli z vietnamské minority. Kladnou odpověď na znalost pojmu informovaný souhlas uvedli 3 respondenti, z toho 2 respondenti byly z čínské minority a 1 respondent nevyjádřil svůj kladný postoj zcela.

**Tabulka 8 Znalost práva pacienta v České republice**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	2			1		1				
příliš ne	2	1	1							
ne	5				1		1	1	1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi, v nichž respondenti hodnotili svou znalost práva pacienta v České republice. Nejvíce, 7 respondentů odpovědělo, že znalosti nemají, nebo spíše nemají. Jen dva respondenti z čínské minority si myslí, že práva pacienta v České republice znají.

**Tabulka 9 Odmítnutí vyšetření nebo léčby z důvodu nepochopení informacím**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	2			1					1	
ne	4	1				1	1	1		
nevím	3		1		1					1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na to, jak by se rozhodli, že by reagovali na vyšetření nebo na léčbu, pokud by podávaným informacím nepochopili. Nejvíce respondentů, 4, by neodmítalo vyšetření nebo léčbu, a to i přesto, že by jí nerozuměli. Další skupina respondentů v počtu 3 nedokázala na otázku odpovědět. Jen dva respondenti, z toho 1 z čínské minority a 1 z vietnamské minority by odmítli vyšetření nebo léčbu, pokud by nerozuměli podávaným informacím.

**Tabulka 10 Péče o zdraví**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	6	1		1		1	1		1	1
ano, ale málo	1		1							
ne	2				1			1		
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky výzkumu v péči o své zdraví. Převážná většina respondentů, 7 má pocit, že pečuje o své zdraví, i když 1 respondent se domnívá, že jeho péče o své zdraví není zcela dostatečná. 2 respondenti z vietnamské minority sdělili, že o své zdraví nijak zvlášť nepečují.

**Tabulka 11 Návštěvy lékaře**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	3		1	1		1				
ano, ale ne příliš často	5	1			1		1	1		1
ne	1								1	
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky zjištění, zda respondenti navštěvují v České republice lékaře. S výjimkou 1 respondenta, který tvrdí, že lékaře v České republice zatím nenavštívil, 8 respondentů lékaře navštěvuje. Z toho ale 5 respondentů uvádí, že návštěvy u lékaře málo časté.

**Tabulka 12 Preventivní prohlídka**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	1			1						
ano, pokud mi je lékař zdůrazní	2	1				1				
někdy, málo	3		1				1			1
ne	3				1			1	1	
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky otázky, která měla zjistit, zda respondenti aktivně pečují o své zdraví i tím, že chodí k lékaři na preventivní prohlídky. Celkem 6 respondentů odpovědělo kladně, že chodí na preventivní prohlídky, ale z toho 2 respondenti přijdou jen tehdy, pokud jim to lékař nebo zdravotnický pracovník zdůrazní a 3 respondenti chodí na preventivní prohlídky jen někdy a málo. Na preventivní prohlídky nechodí 3 respondenti, všichni z vietnamské minority.

**Tabulka 13 Převážná zkušenost se zdravotní péčí v České republice**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
dobrá	6	1	1	1		1	1			1
průměrná	5	1		1	1		1	1		
špatná	2				1			1		
nevím, nemám zkušenost	1								1	
<b>Celkový výskyt</b>	<b>14</b>	2	1	2	2	1	2	2	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě dosavadní převažující zkušenosti respondentů se zdravotní péčí v České republice, se kterou se setkali. Nejvíce hodnotí respondenti zdravotní péče jako dobrou a průměrnou, celkem 11 hodnocení. Jako



špatnou ji hodnotí jen 2 respondenti. 1 respondent nemá povědomost, jak by na otázku odpověděl.

**Tabulka 14 Simulace – respondent by neuměl česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici**  
**Obavy z komunikace**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano, velmi	5	1			1		1	1		1
to bych sama nešla	2			1					1	
ne	2		1			1				
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce na simulační otázku, v níž si měl respondent představit situaci, že žije v České republice, ale neumí česky. Dostane se do situace, kdy musí jednat s lékařem nebo se zdravotnickým personálem. Bude mít takový respondent obavy z komunikace? Většina respondentů by obavy měla, celkem 7 respondentů odpovědělo kladně, z toho dokonce 2 respondenti odpověděli, že by raději lékaře nenavštívili. Jen 2 respondenti se domnívají, že i přes neznalost majoritního jazyka by neměli obavy při komunikaci.

**Tabulka 15 Simulace – respondent by neuměl česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici**  
**Tlumočník nebo někdo z rodiny jako překladatel**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano, určitě	2	1						1		
ano	4		1		1		1			1
ano, ale osobu stejného pohlaví	2			1					1	
jen u složitějšího léčení	1					1				
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce na simulační otázku, v níž si měl respondent představit situaci, že žije v České republice, ale neumí česky. Dostane se do situace, kdy musí jednat s lékařem nebo se zdravotnickým personálem. Požadoval by tlumočníka, nebo někoho z rodiny, kdo by mu důležité informace od lékaře nebo od zdravotnického personálu překládal. Všichni respondenti by při neznalosti jazyka majoritní společnosti tuto možnost, jak se dostat k řádným informacím využili, jen 1 respondent by ji využil jen při složitém zdravotním problému. 2 respondentky by vyžadovaly, aby osoba byla stejného pohlaví.

**Tabulka 16 Simulace – respondent by neuměl česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici**  
**Podepsání informovaného souhlasu, kterému nerozumí**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
zřejmě ano	4	1				1	1	1		
ano, důvěřuji lékaři	1		1							
ne	1			1						
nevím	3				1				1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce na simulační otázku, v níž si měl respondent představit situaci, že žije v České republice, ale neumí česky. Dostane se do situace, kdy musí jednat s lékařem nebo se zdravotnickým personálem. Je v situaci, kdy by měl podepsat informovaný souhlas s vyšetřením nebo léčbou, o kterém by nic nevěděl. Informovaný souhlas by podepsalo 5 respondentů, ani by věděli, co obsahuje, 1 respondent odůvodnil toto rozhodnutí svou důvěrou v lékaře. 3 respondenti neví, jak by se v této nelehké situaci zachoval a 1 respondent by informovaný souhlas nepodepsal.

**Tabulka 17 Simulace – respondent by neuměl česky a byl by u lékaře nebo v nemocnici**

**Odmítnutí vyšetření nebo léčby, které by zcela neporozuměl**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
myslím, že ne	5	1					1	1	1	1
ne	2				1	1				
ano	2		1	1						
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce na simulační otázku, v níž si měl respondent představit situaci, že žije v České republice, ale neumí česky. Dostane se do situace, kdy musí jednat s lékařem nebo se zdravotnickým personálem. Celkem 7 respondentů by neodmítlo léčbu nebo vyšetření, i když by o něm neměli žádné informace. Jen 2 respondenti z čínské minority by takové vyšetření nebo léčbu odmítli.

**Tabulka 18 Komunikace o zdraví s rodinou, s přáteli**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
s rodinou málo	7	1	1	1		1		1	1	1
s přáteli, je to slušnost se zeptat	4	1	1		1					1
s přáteli stejného pohlaví	3			1		1			1	
nemluví o svém zdraví	2				1		1			
<b>Celkový výskyt</b>	<b>16</b>	2	2	2	2	2	1	1	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum


 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky odpovědí na otázky, zda respondenti mluví o svém zdraví se svou rodinou nebo s blízkými přáteli. Z výsledků vyplývá, že 14 názorů se přiklání k tomu hovořit se svou rodinou a s blízkými přáteli o svém zdraví. 2 respondenti odpovědi, že o svém zdraví by nechtěli hovořit ani s rodinou, ani s blízkými přáteli.

**Tabulka 19 Simulace – respondent je ve své vlasti u lékaře nebo v nemocnici  
Odmítnutí vyšetření nebo léčení**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ne, důvěřuji lékaři	1	1								
ne	5		1		1			1	1	1
ne, v žádném případě	1			1						
ne, byl by to projev nedůvěry	2					1	1			
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum



 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě reakce na simulační otázku, v níž si měl respondent představit situaci, že žije v České republice, ale neumí česky. Dostane se do situací, kdy musí jednat s lékařem nebo se zdravotnickým personálem. Všichni respondenti se shodli v tom, že by neodmítli ve své vlasti vyšetření nebo léčbu. Důvodem pro takové rozhodnutí by kromě toho bylo to, že důvěřují lékaři a také proto, že by to byl podle jejich názoru projev nedůvěry k němu.

**Tabulka 20 Znalost tradiční východní léčby**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ano	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky znalosti tradiční východní léčby. Všichni respondenti shodně odpověděli, že znají tradiční východní léčbu.

**Tabulka 21 Tradiční východní léčba nebo západní medicína**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
tradiční východní léčba	0									
západní medicína	3		1			1	1			
oboje	5	1		1				1	1	1
nevím	1				1					
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky názorů, zda respondenti se při léčbě nemocí při svém pobytu v České republice spíše přiklánějí k metodám západní medicíny, nebo tradiční východní léčby. Obě alternativy spojuje 5 respondentů, 3 respondenti se přiklánějí pouze k využívání západní medicíny a 1 respondent nebyl schopen na tuto otázku odpovědět.

**Tabulka 22 Simulace – respondent si představí, že je nemocný  
Odmítl by vyšetření nebo léčbu a místo toho by zvolil tradiční východní léčbu**

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
ne	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>9</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

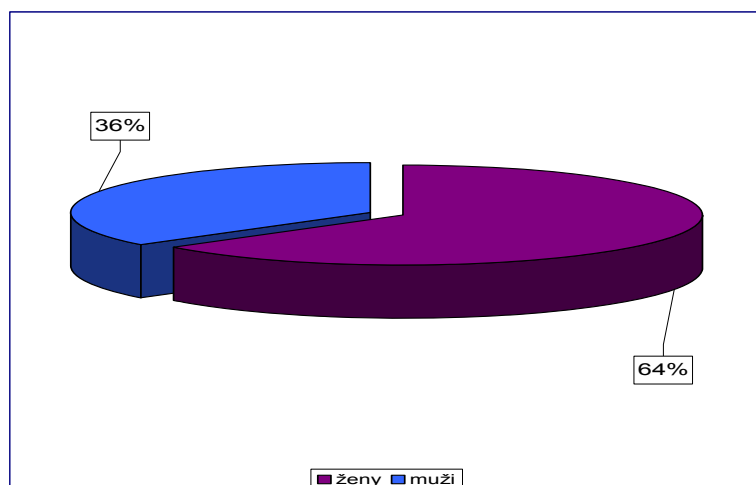
 ...respondent z Vietnamské minority  ... respondent z Čínské minority

Tabulka prezentuje v kategorizované formě výsledky na otázku, zda by respondent odmítl vyšetření nebo léčbu západní medicíny a místo toho zvolil jen postupy tradiční východní léčby. Všichni respondenti odpověděli záporně.

## 6.2 Výsledky k hypotézám

Soubor tvořilo 61 osob, z toho 39 žen a 22 mužů, jak ilustruje graf 6.

**Graf 6 Respondenti podle pohlaví**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 respondentů jsou počty mužů a žen ve jednotlivých věkových kategoriích uvedeny v tabulce 23.

**Tabulka 23 Respondenti podle věku a pohlaví**

<i>věk</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>celkem</i>
18 – 20 let	2	0	2
21 – 30 let	4	2	6
31 – 40 let	16	13	29
41 – 50 let	12	7	19
51 – 60 let	4	0	4
61 – 70 let	1	0	1
70 a více let	0	0	0
<i>celkem</i>	39	22	61

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktuální pracovní činnost, kterou se převážně respondenti zabývají, je obsažena v tabulce 24.

**Tabulka 24 Status respondentů**

<i>status</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>celkem</i>
student	2	0	2
zaměstnanec	18	0	18
nezaměstnaný	0	0	0
podnikající	19	22	41
důchodce	0	0	0
jiný	0	0	0
<i>celkem</i>	<b>39</b>	<b>22</b>	61

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 1 dotazníku

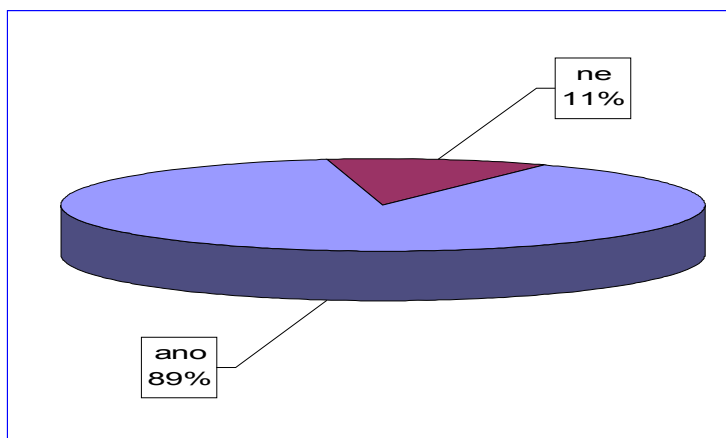
**Vím, že lékař má zákonnou povinnost mě informovat o postupech:**

A: ano *odpovědělo 54 respondentů*

B: ne *odpovědělo 7 respondentů*

Výsledky jsou obsaženy v grafu a tabulkách.

**Graf 7 Odpovědi na otázku č.1**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 25 Odpovědi na otázku č. 1 podle pohlaví**

<i>pohlaví</i>	A ANO	B NE
muži	17	5
ženy	37	2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 26 Odpovědi na otázku č. 1 podle věku**

<i>věk</i>	A ANO	B NE
18-20 let	1	1
21-30 let	6	0
31-40 let	25	4
41-50 let	18	1
51-60 let	4	0
61-70 let	0	1
70 + let	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum



Na otázku č. 2

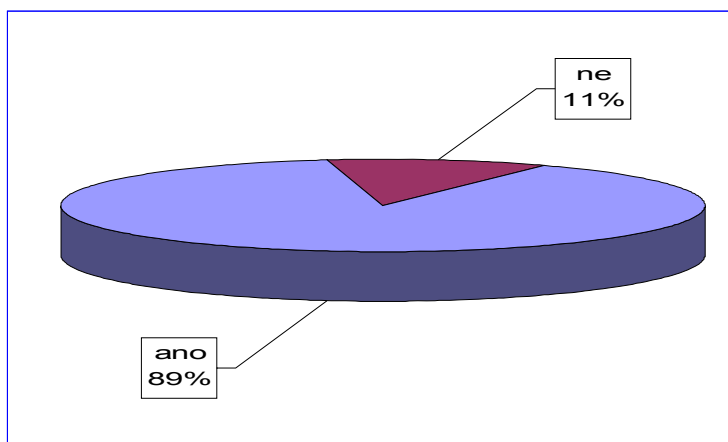
**Chci, aby mne lékař informoval o mé nemoci a léčebných postupech a vysvětlil mi je:**

A: ano odpovědělo 54 respondentů

B: ne odpovědělo 7 respondentů

Výsledky jsou obsaženy v grafu a tabulkách.

**Graf 8 Odpovědi na otázku č.2**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 27 Odpovědi na otázku č. 2 podle pohlaví**

<i>pohlaví</i>	A ANO	B NE
muži	17	5
ženy	37	2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 28 Odpovědi na otázku č. 2 podle věku**

<i>věk</i>	A ANO	B NE
18-20 let	1	1
21-30 let	6	0
31-40 let	25	4
41-50 let	18	1
51-60 let	4	0
61-70 let	0	1
70 + let	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 3

**Podle mé osobní převažující zkušenosti s lékaři se domnívám, že:**

A: informují mě **dostatečně**, nepožadují více informací *odpovědělo 41 respondentů*

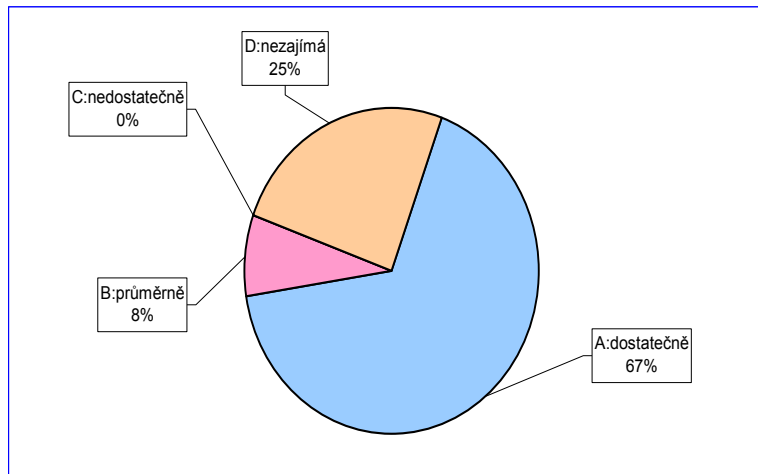
B: informují mě **průměrně**, jen o základních postupech *odpovědělo 5 respondentů*

C: informují mě **nedostatečně**, přivítal bych více informací *neodpověděl žádný respondent*

D: lékařské postupy **mě nezajímají**, jen výsledek, a to je mé zdraví *odpovědělo 15 respondentů*

Výsledky jsou obsaženy v grafu a tabulkách.

**Graf 9 Odpovědi na otázku č. 3**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 29 Odpovědi na otázku č. 3 podle pohlaví**

<i>pohlaví</i>	A dostatečně	B průměrně	C nedostatečně	D nezajímá
muži	10	4	0	8
ženy	31	1	0	7

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 30 Odpovědi na otázku č. 3 podle věku**

<i>věk</i>	A dostatečně	B průměrně	C nedostatečně	D nezajímá
18-20 let	1	1	0	0
21-30 let	4	1	0	1
31-40 let	20	3	0	6
41-50 let	15	0	0	4
51-60 let	1	0	0	3
61-70 let	0	0	0	1
70 + let	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 4

**Když mi lékař něco vysvětluje a já tomu nerozumím (např. užívá latinské termíny)...**

A: mlčím, stydím se přiznat že tomu nerozumím *odpovědělo 44 respondentů*

B: řeknu lékařovi, že jeho výkladu nerozumím a nechám si jej znovu vysvětlit *odpověděli 2 respondenti*

C: jen poslouchám, protože mě to nezajímá *odpovědělo 15 respondentů*

Výsledky jsou uvedeny v grafu a tabulkách.

**Graf 10 Odpovědi na otázku č. 4**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 31 Odpovědi na otázku č. 4 podle pohlaví**

<i>pohlaví</i>	A mlčím	B řeknu o znovu vysvětlení	C poslouchám
muži	13	0	9
ženy	31	2	6

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 32 Odpovědi na otázku č. 3 podle věku**

věk	A mlčím	B řeknu znovu o vysvětlení	C poslouchám
18-20 let	0	2	0
21-30 let	6	0	0
31-40 let	23	0	6
41-50 let	13	0	6
51-60 let	2	0	2
61-70 let	0	0	1
70 + let	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 5

**Myslím si, že mi může lékař věnovat dostatek času?**

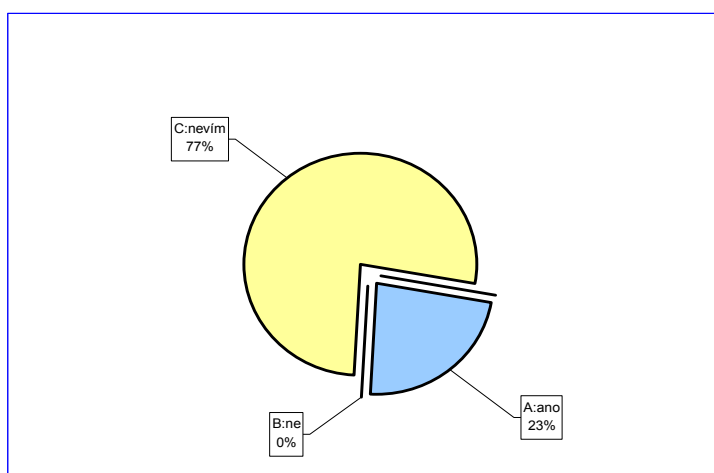
A: ano *odpovědělo 14 respondentů*

B: ne *neodpověděl žádný respondent*

C: nevím *odpovědělo 47 respondentů*

Výsledky jsou uvedeny v grafu a tabulkách.

**Graf 11 Odpovědi na otázku č. 5**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 33 Odpovědi na otázku č. 5 podle pohlaví**

<i>pohlaví</i>	A ano	B ne	C nevím
muži	4	0	18
ženy	10	0	29

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 34 Odpovědi na otázku č. 5 podle věku**

<i>věk</i>	A ano	B ne	C nevím
18-20 let	2	0	0
21-30 let	5	0	1
31-40 let	7	0	22
41-50 let	0	0	19
51-60 let	0	0	4
61-70 let	0	0	1
70 + let	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

## 7. Diskuze

### 7.1 Diskuze k obecným závěrům analýzy

*Motto: Léčit, ošetřovat lidi **rozdílně** vzhledem k rase, náboženství, etniku nebo pohlaví znamená zavádění předsudků a diskriminace. (Zoucha, 2002)*

Z dílčích výsledků šetření, rozhovory a analýzami vyplynulo, že nesmíme zapomínat na to, že sebelépe myšlená a pochopená multikulturní péče je cizincům poskytována v podmínkách českého zdravotnictví. Proto by měli čeští zdravotníci při zajišťování multikulturní zdravotnické péče vycházet ze základních hodnotových premis našeho zdravotnického systému, a teprve o tyto znalosti mohou opřít kvalitní péči o osoby odlišných etnik, ras či národností. Zdravotnictví je součástí širšího společensko-ekonomického procesu, je v podstatě závislé na hodnotách, jež jsou ve společnosti přijímány a na kultuře a historických tradicích, jež vytvořily. Zdravotnická péče poskytovaná 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 speciální situace, které tyto zákonné normy neřeší a neupozorňují na ně, a právě ty se mohou stát předmětem případných konfliktů, sporů a žalob. (100)

Příslušníkům jiného etnika je důležité věnovat zvýšenou pozornost i z důvodu, že někteří příslušníci vietnamské nebo čínské minority mohou současně procházet tzv. kulturním šokem. Pojem kulturní šok se označuje psychická reakce, kterou prožívá člověk přemístěný do kultury velmi odlišné od jeho vlastní kultury nebo od kultury, na kterou je zvyklý. Pokud tvrdíme, že systém profesionální zdravotnické péče je subkulturou, pak je třeba připustit, že i v tomto prostředí mohou mít jedinci problémy s kulturní adaptací a mohou prožívat kulturní šok. (96)

Potvrdilo se, že se jedná například o některé specifické kulturní požadavky či rituální praktiky, na které nejsou naši pracovníci připraveni, které neznají. Nejčastěji se jedná o specifické požadavky a nároky vznášené přímo pacientem nebo rodinou

pacienta v souvislosti s jídlem, vyšetřováním a prováděním diagnosticko-terapeutických výkonů, s praktikováním náboženských rituálů v době hospitalizace, o rituály spojené s umíráním a smrtí, ale také s v souvislosti s porodem, péčí o novorozence a odnímáním tkání či částí těla, s pitvou a podobně.

Analýza potvrdila, že reagování na zdraví a nemoc není tedy jen záležitostí biomedicínskou, ale také psychosociální, kulturní, etnickou a náboženskou. Stojí tedy za to se podrobněji zabývat případy, kdy je pacientem příslušník určité menšiny, který se odlišuje svými názory, reakcemi od běžného „standardního klienta“ a zdravotník má s ním adekvátně jednat. (35, 105)

Objevování rozdílů mezi kulturami i společných rysů kultur se totiž neobjede bez zkoumání historických a anamnestických údajů a bez zpracování hmotných i nehmotných podkladů a pramenů. Zkoumání probíhá napříč časem i prostorem. Souhlasím s autorkou Špidurovou, že systém profesionální zdravotnické péče představuje subkulturu, která má svoje pravidla, zvyky, svůj jazyk a vždy je odrazem majoritní společnosti. Klienti postupně vnikají do tohoto systému, učí se mu porozumět a jeho zásady více méně přijímají. Pacienti výrazně odlišných kultur mohou prožívat situace, ve kterých jejich navyklé způsoby chování opakovaně selhávají, mohou být dezorientovaní, frustrovaní, mohou se cítit ohrožení (32), a to v daleko silnější míře než pacienti majoritní společnosti.

Analýza potvrdila, že při zajišťování kvalitní kulturně přizpůsobené péče je třeba myslet na to, že každý jedinec je svébytnou osobností s vlastním kulturním profilem, vlastní sumou prožitků a zkušeností a vlastním inventářem kulturních zavedených norem.(79)

Ze šetření, která byla v průběhu výzkumu analyzována, vyplývá, že nejen v ošetrovatelství, ale i v medicíně a v oblasti sociální práce se začíná i v praxi dařit implementovat pojmy a metody transkulturního přístupu. Mnohá futuristická očekávání v souvislosti s kulturně přizpůsobenou péčí se začínají naplňovat. K rozvoji potřeby multikulturní péče o klienta přispívá zejména trvalý vzestup populační migrace, rozšíření elektronické komunikace a tím i sblížení v prostoru světa, zavádění moderní zdravotnické techniky, na druhé straně pak nárůst kulturního vědomí klientů a zvyšující



se množství právních kroků, které podnikají klienti na obhajobu svých kulturních práv a s tím související zájem o lidská práva, včetně práva na adekvátní péči.

Mezi pozitivní vývojové klady lze dále zařadit širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě se smysluplně dorozumět a s tím jako důsledek související větší požadavky kulturních menšin na adekvátní péči.(44)

Spolu s rostoucím uvědoměním transkulturních aspektů zdravotní a sociální péče se rozšiřuje termín kulturní kompetence. Jedná se o způsobilost k poskytování kulturní péče. Ve výsledcích šetření se shodují s autory Purnell a Paulankovou, kteří uvádějí například, že kulturní kompetence znamená uvědomění si samotné existence člověka s jeho způsobem myšlení, vjemy a vlivem prostředí, aniž by to mělo nežádoucí vliv na péči poskytovanou tomu kterému klientovi. Kulturní kompetence jsou vlastně schopnost přizpůsobit péči klientovi. V tomto smyslu jde tedy o vědomý proces, která nemá nutně lineární průběh.

Ve svých šetřeních potvrzují autorku Špidurovou, jež kulturní kompetence označuje za dlouhodobý proces sebevzdělávání, sbírání zkušeností a rozvoje vnímavosti i interaktivních dovedností. Tento proces se promítá do osobnosti těch, kdo péči poskytují, i do péče samotné. Potvrzuje se její názor, že pro kulturní způsobilost je nutné stále usilovat o takovou praxi a postoje, které dovolují proměnit všechny ošetrovatelské, zdravotní a sociální intervence na příspěvek k lepšímu zdraví klienta, snížení morbidit a mortality a také na pocit spokojenosti z pohledu klienta a personálu.(32) I z této studie vyplynulo, že kulturní kompetence má dynamický a pružný charakter. Umožňuje jednotlivcům, institucím a celým systémům poskytovat kulturně uzpůsobenou péči, která využívá účinných strategií, vycházejících z postojů, přesvědčení, chování a kulturního dědictví těch, k nimž je péče směřována. V osvojení si kulturní způsobilosti hraje důležitou roli myšlenkové zpracování profesních a psychomotorických dovedností, postojů a hodnot.

Získání kulturní způsobilosti hraje důležitou roli v úsilí o dosažení optimálního zdravotního stavu lidí všech ras, národů a kulturních skupin.

Ze šetření a z analýzy vyplynulo, že je důležité na počátku zjistit, zda se klient kulturně asimiloval, nebo zda zachovává své původní kulturní zvyklosti.

Je tedy vhodné, umožní-li nám to aktuální situace péče o klienta, vybědnout jej ke společnému rozhovoru o kulturních odlišnostech. Lidé z různých kultur mohou zpětně pomoci získat náhled na řadu multikulturních odlišností. Je dále důležité snažit se akceptovat a zužitkovat způsob komunikace a zároveň respektovat osobní prostor klienta. V oblasti duchovních záležitostí respektovat právo klienta ctít a uctívat nejvyšší bytost podle jeho přesvědčení, případně kontaktovat duchovně způsobilé spoluvěřící klienta. Dále je vhodné zjistit, jak duchovní zvyklosti ovlivňují zdraví a život klienta, jeho kvalitu života. Zvláště v případech, kdy se předpokládá dlouhodobější péče při rehabilitaci, je vhodné zjistit zájmy klienta. Jednou z cest, jak najít respektovat multikulturní zvláštnosti je všimnout si lidových léčebných postupů v rámci klientovy kultury a identifikovat a podporovat efektivní lidové postupy. Je vhodné si také všimnout jídelních návyků.

Souhlasím s autorkou, že Česká republika jako řádný člen Evropské unie uplatňuje ve vztahu k cizincům principy, které přijala Rada Evropy a které jsou součástí zásad jejich integrace do společenství přijímací země. V této souvislosti souhlasím s autorkou Ivanovou, že je velmi důležité, jaké je etnické klima ve společnosti. Termín etnické klima u nás zavedl sociolog L. Gabal a vyjadřuje jím postoje a představy české společnosti o soužití s etnicky odlišnými komunitami. Hlavními aspekty etnického klimatu jsou zjištění, do jaké míry jsou etnické problémy závažné pro českou populaci a postoje české populace k otevírání se cizincům, k imigraci a k národnostním a etnickým skupinám. (32)

Při analýzách dokumentů jsem se velmi často setkala s pojmy „multikulturní“ nebo „transkulturní“. Jak tedy v praxi k oběma termínům přistupovat?

Oba termíny se dříve používaly a dodnes často používají ve zdravotnické literatuře i praxi k vyjádření téhož. Mají však své specifické významové nuance. Užívání těchto pojmů ovlivňuje vývoj koncepcí společenského vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde podíl cizinců v populaci je vysoký. Nejprve byla v těchto společnostech snaha o asimilaci migrantů, tyto snahy se však ukázaly za málo efektivní a přijala se koncepce multikulturalismu. Ten chápe kulturu jako homogenní, ohraničený celek, a také tendence chápat její nositele za těžko adaptovatelné entity

fungující na mechanistických principech jsou nepoužitelné a zavádějící. Ve svém důsledku nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců. Z analýz jednoznačně vyplynulo, že 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.

Souhlasím s Broučkem, že pro integraci cizinců je důležité jejich dobré uplatnění na trhu práce. Cizinci mohou být zaměstnáni v České republice jen na základě povolení. Cizinci s právem azylu nebo trvalého pobytu povolení k zaměstnání nepotřebují, mají práva jako občané České republiky. Zaměstnání žen-cizinek je malé a představuje jen 19% z počtu zaměstnaných na trhu práce.(5)

Jedná se o důležitý a strategický fenomén, a to jak pro majoritní společnost jako celek, tak pro postavení jednotlivých členů minoritních skupin. Potvrzuje se, že ekonomická aktivita umožňuje trvalý příjem, přiměřenou sociální pozici, dobré životní podmínky. Z hlediska sociálního postavení, které je dáno hlavně vzděláním, majetkem a příjmem lidí, jsou diferencovány jak skupiny cizinců, tak přirozeně existuje i vnitřní rozvrstvení skupin. Takové rozvrstvení se potvrdilo i u čínské a vietnamské minority v České republice.

Přírodní a kulturní prostředí Vietnamu a Číny je vždy nutné chápat k kontextu prostředí celého Dálného východu, které je ovlivněno zcela odlišnou kulturní tradicí než území Evropy. Vzhledem k tomu, že komunita vietnamská je na území České republiky početnější, je jí také v šetření věnována rozsáhlejší pozornost.

V dnešní době může být jedním z důvodů národnostní nesnášenlivosti neznalost, nedostatek informací a z toho plynoucí strach a pohrdání, a to i vůči vietnamské a čínské minoritě, žijící České republice. Výjimečnost těchto skupin oproti ostatním menšinám, žijícím na území České republiky je to, že se jedná o skupiny s vlastní, velmi bohatou kulturou a tradicí, kde jednou ze základních filosofických myšlenek je to, že odlišnost je chápána jako přirozenost mnohobarevného světa.

Východní národy mají své diametrální odlišnosti životního stylu svébytnosti, která je zásadně odlišná od našeho kulturního pojetí. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, mnozí z majoritní společnosti vidí Vietnamce jen jako stánkaře, ale málokdo ví, že jsou mezi nimi vystudovaní lékaři, právníci, učitelé či ekonomové. Mnoho vietnamských žen přivedlo své děti na svět právě v českých porodnicích a to i přes to, že pro ně není jednoduché přijet do ČR a hned všemu porozumět a ve všem se vyznat. Kromě kulturního šoku překonávají příchozí dodnes výraznou bariéru vzájemné komunikace, zejména v oblasti jazykových rozdílů. Až teprve v poslední době se začíná o Vietnamu mluvit, psát a také učit se v rámci multikulturní výchovy.

Abychom pochopili vietnamskou kulturu, měli bychom se seznámit s některými fakty, například odkud k nám do České republiky Vietnamci přišli, jaké jsou ve Vietnamu životní a sociální podmínky, co je vedlo k příchodu do České republiky, a podobně.

Oficiální název státu je Vietnamská socialistická republika - VSR (Nuoc cong hoa xa hoi Viet Nam). Státní zřízení je Unitární republika s monostranickým politickým systémem. Vedoucí silou ve státě a společnosti je podle Ústavy Komunistická strana Vietnamu. Hlavou státu je prezident, který jmenuje a odvolává členy vlády, je vrchním velitelem ozbrojených sil země, podepisuje zákony, jmenuje velvyslance, generály a admirály ozbrojených sil. Je volen z řad poslanců Národního shromáždění na období 5 let. Nejvyšším legislativním orgánem země je Národní shromáždění. To volí Státní radu a Radu ministrů, tedy vládu. Nejvyšším výkonným orgánem státní moci je vláda, která má 25 ministrů.

Rozloha Vietnamu je 329 314,5 km<sup>2</sup>. Pro porovnání Česká republika má pouhých 78 866 km<sup>2</sup>. Vietnam se nachází na východní části poloostrova zadní Indie, který je známý také jako poloostrov Indočínský, na pobřeží Jihočínského moře. Země má tvar písmene S, v severní části země kolem Rudé řeky a jižní části kolem Mekongu je Vietnam nejširší, ve střední části měří pouze 47 km. Pobřežní linie hranic je dlouhá 3.451 km, suchozemská hranice má 3.818 km. na severu sousedí Vietnam s Čínou, hranice je dlouhá 1.281 km, na západě s Laosem, hranice je dlouhá 1.555 km a Kambodžou (982 km).

Vietnam má více než 81 milionů obyvatel. Hustota osídlení je různá, v průměru 249 obyvatel/km<sup>2</sup>. V deltě Rudé řeky je to však až 1.200 obyvatel/km<sup>2</sup>. (104)

V otázce národnostní složení tvoří 86 % populace etničtí Vietnamci, národnost Kinh neboli Viet, soustředění v deltách hlavních vodních toků a pobřežních rovinných oblastech, 12% etničtí Číňané. Dále Khmerové žijící v jihozápadní deltě Mekongu, Čamové žijící převážně podél pobřeží Hha Trang a Phan Thiet a v deltě Mekongu. Celkový počet národnostně- jazykových menšin je asi 60 a jsou vyjma Číňanů soustředěny zejména v horských oblastech.

V oblasti náboženství Buddhismus převládá buddhismus mahájánový, cca 50 % obyvatel, katolicismus přibližně 10 % obyvatelstva protestantismus asi 200 tis věřících v oblastech Centrální vrchoviny, islám přibližně 0,5%, převážně etničtí Khmerové a Čamové, hinduismus – zbytky indické komunity v Ho Či Minově Městě.

Úředním jazykem je vietnamština, nejrozšířenějšími cizími jazyky jsou čínština, angličtina, francouzština, ta převážně u starší generace a ruština. Vietnamština je největším zástupcem austroasijských jazyků. Mnoho slov přejala z čínštiny, původně také používala čínské písmo. Dnešní vietnamská abeceda je založena na latině.

Mezi tradiční svátky patří Nový rok (Tet Duong lich) – 1. leden, Lunární Nový rok (Tet Mgyuen Dan) jsou to čtyři dny, počínaje dnem předcházejícím první den prvního lunárního měsíce, v období od konce ledna do poloviny února kalendářního roku. Den vítězství (Ngay Chien Thang) 30. duben, výročí kapitulace vlády Jihovietnamské republiky (30.4.1975) Svátek práce (Ngay Quoc te Lao dong) 1 květen, Národní den (Ngay Quoc Khanh) 2. září - vyhlášení Deklarace nezávislosti Vietnamské demokratické republiky prezidentem Ho Či Minem (2.9.1954). (115)

Vietnamské zdravotnictví je složeno z veřejného a soukromého sektoru. V současné době hraje veřejný systém hlavní roli a dělí se na tři úrovně. První je centrální, která je řízena Ministerstvem zdravotnictví, druhá úroveň je provincionální pod vedením jednotlivých správních celků a poslední, třetí úroveň je lokální, zahrnující menší obvody, vesnice a komunity. Rozdíly v úrovni péče jsou patrné zejména mezi venkovskými a městskými oblastmi. Dětská úmrtnost je mnohem vyšší mezi chudými skupinami obyvatel, a také mezi etnickými skupinami žijícími v horských regionech,

kde je často až osmkrát vyšší než v městských oblastech. Dalším problémem těchto oblastí je podvýživa, a to opět mezi chudými obyvateli. Mezi další problémy patří pneumonie, HIV a tuberkulóza. Ve Vietnamu také funguje privátní zdravotnický systém. Systém zdravotního pojištění je rozdělen do dvou kategorií. První je povinné zdravotní pojištění, které je určeno pro státní zaměstnance, důchodce, zaměstnance soukromých podniků, zaměstnance zahraničních společností a organizací a invalidy.(90)

Vietnamci sami většinou sdělují, že nepřicházejí s úmyslem definitivního přesídlení do České republiky. Jejich převažujícím záměrem je návrat do Vietnamu s blíže nestanoveným termínem. Běžné komunikaci s majoritní společností se spíše vyhýbají.

Výrazně menší minoritní skupinu tvoří, na rozdíl od moderních evropských států, příslušníci čínské minority.

I u nich bychom měli alespoň okrajově znát, odkud a z jakého prostředí, k nám tyto lidé přicházejí.

Prokazatelná historie čínské civilizace sahá do dob před více jak 5 000 lety. Jako u jediné ze čtyř největších světových civilizací u ní nikdy nedošlo k přerušení vývoje. Největší část čínského obyvatelstva byla vždy usazena na pevninské části střední, východní a jihovýchodní Asie, tedy na podstatné části dnešního území Čínské lidové republiky. V roce 1949 vyhlásil Mao Ce-tung na pekingském Náměstí Nebeského klidu slovy „Číňané povstali“ Čínskou lidovou republiku. Období vlády během života Mao Ce-tunga dodnes vzbuzuje řadu rozporů, hlavně kvůli nesmiřitelné politice vůči odpůrcům, mnohým omylům a až zločinným důsledkům na obyvatelstvu způsobených mimo jiné i fanatickým vykládáním komunistické ideologie.

K demokratizaci a zavedení pluralitního systému dosud nedošlo, komunistické vedení země se však generačně obměnilo a pokračovalo nadále v hospodářských reformách. Od roku 1997 byl k Čínské lidové republice připojen Hong Kong, dříve pod správou Velké Británie. Čínská lidová republika se rozkládá ve východní a střední části asijského kontinentu na západním pobřeží Tichého oceánu. Čína je multietnickou zemí,

kteřou tvořf 56 etnických skupin a počet jejich obyvatel je více jak 1,1 miliardy Čfianů (118)

Čfiané slavf stovky tradičních svátků. Vznik svátků vychází z 5000 let staré historie, a zejména z obyvatel, kteří jsou etnicky a kulturně velmi různorodí. Svátky různých etnik často připomínají způsoby života předků. Přesto mají svátky různých etnik něco společného, protože všechny mají své kořeny v tradiční čínské kultuře.

V současnosti je v Čínské lidové republice poskytována zdravotní péče prostřednictvím tzv. tří stupňového systému. První stupeň představují venkovské oblasti, ve kterých jsou tzv. vesnická zdravotní centra, zde je poskytována především preventivní a základní zdravotní péče. Druhý stupeň představují okresní zdravotnická zařízení, která se soustředí na specializované ambulance. Nejvyšší třetí stupeň zdravotnických služeb, představují okresní nemocnice, které se soustředí především na sekundární a terciální služby. Veřejné zdravotnictví je většinou hrazeno z podílových poplatků za ošetření od pacientů. Existuje sice možnost zdravotního pojištění, ale toto pojištění není pro všechny obyvatele finančně přípustné (nejsou tedy pojištěni). Pro tuto skupinu obyvatel existují vládní programy pro podporu zdraví, které jsou většinou využívány u kriticky nemocných obyvatel. Velké rozdíly jsou patrné mezi využíváním zdravotní péče v městských oblastech, v nichž obyvatelé využívají mnohem více možností sociálního a zdravotního pojištění a mezi využíváním zdravotní péče ve vesnických oblastech. (102)

Zcela se shodují s názorem prof. Tóthové, která říká, že cyklus našeho života představuje etnokulturní cestu a mnohé z aspektů této cesty jsou odvozeny od sociálního, náboženského a kulturního kontextu, ve kterém jsme vyrostli. Faktory, které formují náš život, jsou postavy a události, s nimiž jsme v interakci. Během poskytování zdravotní péče se můžeme setkat s pacientem- klientem, který měl velmi odlišnou životní dráhu, resp. etnokulturní cestu. Když se střetávají kultury, je třeba konfrontovat rozdíly, ale stejně tak je třeba konfrontovat ustálené představy a předsudky. Nemělo by dojít k tomu, aby se člověk choval na základě předsudku a upíral jinému člověku jedno nebo více základních práv. Naopak je velice důležité, abychom měli transkulturní znalosti a dovednosti, potřebné k poskytování holistické péče na takové úrovni, která

odpovídá potřebám jedinců z jednotlivých minoritních skupin. (100) Výše uvedená studie tato sdělení potvrdila.

## **7. 2 Diskuze k výzkumným otázkám**

### **7.2.1 Diskuze k výzkumné otázce komunikační bariéry**

V prvním výzkumné otázce jsem předpokládala, že může docházet k případům, kdy souhlas s lékařským nebo diagnostickým vyšetřením či léčebným zákrokem je dán příslušníkem vietnamské nebo čínské minority dán na základě nedostatečně pochopené informace nebo jazykové bariéry, tedy neznalosti jazyka a tím nemusí být v praxi zcela a důsledně dodržováno právo pacienta na srozumitelné a jasné poučení před diagnostickým nebo léčebným zákrokem. Předpokládala jsem, že důvodem pro případné informované odmítnutí lékařského nebo diagnostického zákroku či poskytování ambulantní nebo ústavní péče je komunikační bariéra.

Souhlasím s autorkou Kutnohorskou, která říká, že komunikace je závažná problematika a její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi, znalostmi jazykovými, interkulturními rozdíly a znalostí společenských znaků jiných etnik.(32) I já se přikláním k názoru, že komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významu mezi lidmi. Základem je mezilidské spojení, to znamená přenos od člověka k člověku. Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují své myšlenky, citové zážitky, postoje. (32) V oblasti poskytování a přijímání zdravotní péče pak dostávají tato slova ještě hlubší význam a sílí ve smyslu své důležitosti.

Při rozhovorech s respondenty vietnamské i čínské minority se mi potvrdilo, že příslušníci jejich národnosti opravdu volí v mnohých případech usměvavé mlčení. To je zcela v rozporu s reakcemi, které jsou blízké naší majoritě, neboť člověk, který nám nerozumí většinou tuto skutečnost dá najevo neverbálními signály. Protože jsme na tyto reakce zvyklí, v návaznosti na mentalitu východních národů se pak může stávat, že si naši pracovníci ve zdravotnictví či sociální sféře vykládají klid, tichost a úsměv u příslušníka vietnamské či čínské minority jako projev souhlasu a nemusí to tak vždy



být. Klient se usmívá, pokyvuje hlavou, že rozumí, ale i podle vysvětlení příslušníků takového etnika je to jen proto, aby ošetřující personál či sociálního pracovníka neurazil a nebo aby nevyvolal konflikt. Příslušníci těchto menšin nemají rádi konfliktní situace a svůj souhlas vyjadřují tímto postupem jen proto, že se jim to v dané situaci zdá jako nejvýhodnější řešení, přesto, že nejsou o něm vnitřně přesvědčeni nebo s ním ztotožněni. Domnívám se, že se jedná v praxi o projevy explicitní kultury, jak ji uvádí autorka Záškodná. Ta říká, že přímo pozorovatelná je tzv. kultura explicitní, neboli vnější, projevuje se v chování verbálním i neverbálním, jakým jsou například typické vzory chování daného etnického celku. Naproti tomu kultura implicitní není patrná z vnějších projevů chování, skládá se z názorů, hodnot, norem, které pomáhají vysvětlit pozorované chování. (112)

Z uskutečněných rozhovorů se potvrdil předpoklad, jež publikovala profesorka Tóthová z dílčích výsledků výzkumu na projektu, že ve vietnamské a čínské kultuře je vysoce ceněn respekt a harmonie, a to zejména v lidských vztazích. Vládne touha nikoho nezklamat, nerozčilit, nevést do rozpaků nebo nezpůsobit ztrátu jeho důstojnosti. Touha po udržení harmonie má převahu nad vším ostatním v jakékoli situaci. (100) To může být důvodem toho, že klient vietnamského nebo čínského původu může na některé otázky, především ty, u kterých je odpověď negativní, odpovědět nepřímou, vyhýbavou, aby mezi ním a dalším komunikujícím byl zachován mír. Pacient, klient vietnamského nebo čínského původu, je-li rozzloben, nebo není-li mu dobře, se málokdy se svým stavem svěří zdravotnickému pracovníkovi, spíše bude hovořit potichu a bude se snažit alespoň trochu usmívat. Jedním z charakteristických rysů vietnamské tradiční kultury, stejně jako dalších kultur Dálného východu, je totiž dodržování pozitivní atmosféry společenských vztahů na veřejnosti. Tento pozitivní ráz se udržuje i přes všechny překážky, které v ČR vietnamští občané musí překonávat.

Z výše uvedeného však vyplývá, že tím může mít zdravotnický pracovník problémy se získáváním objektivních informací, protože klienti bývají diskrétní a pasivní, problémy vnímají tiše a zřídka vyjadřují své pocity.(15) To se potvrdilo i při uskutečňování rozhovorů.

Také moji respondenti uváděli jazykové problémy, a to tehdy, když žijí v naší společnosti delší dobu.

Lidé jiné etnické kulturní skupiny mohou mluvit plynule jazykem své skupiny, ale nemusí dobře ovládat jazyk státu, ve kterém žijí. Týká se to především žen, které zůstávají doma a mají omezenou interakci s lidmi mimo svou rodinu či komunitu. Tak i moje vietnamská respondentka, která používá český jazyk jen když je to nezbytně nutné a jinak hovoří v komunitě svou mateřštinou, měla největší jazykové problémy při komunikaci. Schopnost každého člověka naučit se jazyk nové vlasti je různá. Někdo zvládne nový jazyk velmi rychle, někdo bohužel ne. To souvisí i s tím, jak uváděli respondenti znalost dalších cizích jazyků. Ty jim pomáhají v komunikaci s majoritní společností, někdy přímo a někdy nepřímo, protože jim do určité míry zvedají jejich sebevědomí. Naopak respondenti, kteří mluvili mimo češtiny jen svou mateřštinou, uváděli větší jazykové problémy v komunikaci. Potvrzují názor, že když tito lidé onemocní, ve většině případů neumí popsat své potíže ani odpovídat na otázky zdravotníků.

Z toho vyplývá, že na prvním místě by se nemělo zapomínat na pravidla slušného chování a vystupování. Na pacienta by měl být vytvořen náležitý časový prostor, zvláště v případě, že mezi ošetřujícím nebo sociálním personálem a ním existuje jazyková bariéra.

Důležitý je proces zjištění, do jaké míry pacient ovládá češtinu a zda nejen rozumí, ale i dobře chápe smysl komunikace. V případě nutnosti zajistit tlumočníka, či rodinného příslušníka, který bude překládat. I toho preferovali respondenti ve svých odpovědích.

Předpokladem dobré a účinné vzájemné komunikace je hovořit pomalu, zřetelně artikulovat, což je často ze strany příslušníků těchto minorit zdůrazňováno, je nezvyšovat hlas. Také je vhodné hlídat svou mimiku a nonverbální komunikace, příslušníci těchto komunit jsou k těmto signálům citliví a při zjištění takovýchto projevů komunikace ze strany personálů přestávají komunikovat. K udržení dobré komunikační úrovně pro obě zúčastněné strany slouží používání jednoduchých vět, vyhýbání se složitým souvětím nebo složitým větním spojením, či odborným výrazům.

Pozitivním zjištěním je, že respondenti hodnotili svou převažující zkušenost při komunikaci se zdravotnickým personálem převážně jako dobrou nebo jako průměrnou, tedy kladně. Je to důkaz jejich snahy a výše uvedených zavedených vzorců chování, ale zároveň je to také dobré ocepenění zdravotnických pracovníků, kteří se snaží s minoritními skupinami komunikovat tak, aby jim porozuměli.

Je zároveň důležité naslouchat pacientovi se sympatiemi a pochopením. Příslušníci těchto komunit se v každodenním životě spíše setkávají s náhledem, že všichni jsou jen „hloupí stánkaři“, se kterými se dá mluvit jen o velikosti oblečení.(129)

V komunikaci s vietnamským a čínským pacientem bychom měli upustit od veřejné kritiky před ostatními pacienty, pokud něco udělal špatně. Lepší se vyříkat si věc mezi čtyřma očima. Stud při projednávání privátních zdravotních problémů před ostatními pacienty uvádějí sami příslušníci těchto etnik často pro ně za nepříjemné a až ponižující. To potvrdili i odpovědi respondentů, kteří mají ostych se zeptat znovu na informace, kterých nerozuměli.

Otázky při komunikaci s pacientem bychom měli pokládat tak, aby na ně nebylo možno odpovědět ano, ne, a měli bychom se ujistit, zda nám bylo dobře porozuměno.

Jiní lidé se sice novou řeč naučí, ale ve stresové situaci jako je například onemocnění ji nejsou schopni přiměřeně používat. Jazykové bariéry mohou vyvolávat frustraci nebo úzkost minimálně v tom případě, kdy nemocná osoba nemůže vyjádřit své potíže nebo není schopna porozumět instrukcím. To potvrdili i rozhovory s respondenty. To potvrzuje sdělení autorky Ivanové, která říká, že mohou vzniknout při komunikaci s cizincem poruchy verbální komunikace v souvislosti s jazykovou bariérou, nedostatečná nebo žádná spolupráce pacienta, porucha interpretace okolního prostředí, sociální izolace a nesprávný přístup k léčebnému režimu. (32) Přesto ale se velká většina respondentů přiklání k názoru, že i přes jazykové bariéry a nesrovnalosti by neodmítla vyšetření nebo léčbu, i když by jí zcela neporozuměla. jazykové problémy respondentů také mohou souviset s jejich věkem. průměrný věk respondentů byl přes 45 let. Jen jedna respondentka byla mladší 30 let. Proto je možné, že jejich jazykové problémy jsou větší, než například u jejich dětí, které mají obvykle více kontaktů a více komunikují s okolím než dospělí.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části, samotné děti, mnohdy již narozené u nás, si říkají banánové děti. Slupka žlutá, jádro bílé. (119) Sami uvádějí, že tento dvojí život bývá někdy humorný, ale někdy s sebou přináší řadu problémů. Děti se setkávají jednak ve své komunitě, kde se buď sami snaží nebo pod vlivem rodiny dodržují tradice, způsoby komunikace, ve škole se snaží přizpůsobit většině ve třídě. (95)

*Napadlo vás někdy, ve kterém jazyce vlastně myslíme? Že jsem schopna použít v jedné jednoduché větě česká, vietnamská, ale i anglická slova, na to si mé okolí už dávno zvyklo. Přicházíme z Vietnamu, ve škole musíme používat jen češtinu, do toho se ještě učíme další cizí jazyky. Samozřejmě se dbá také na to, abychom nezapomínali na mateřský jazyk, takže se doma díváme na vietnamský televizní kanál a čteme vietnamské noviny. Ale jaký jazyk je pro nás nejbližší a současně nejjednodušší? Většinou je to čeština. Prakticky ji užíváme nejčastěji, takže se časem stává nejlépe ovládaným jazykem banánového dítěte. Ztrácíme pak tu úzkou vazbu s vietnamštinou, někdy ani nemáme chuť se ji učit. Některé děti to berou i jako trest, protože nechápou, jak je pro ně vietnamština důležitá. (Vietnamka-student)(119)*

Prostřednictvím školy se zdokonalují v jazyce a dokáží se lépe přizpůsobit novým zvyklostem a způsobům. Někdy právě děti přinášejí do rodiny nové myšlenky a hodnoty a stávají se příčinou konfliktů v rodině. Chtějí se stát součástí té kultury, ve které žijí a chtějí vnést nové způsoby do už existujících a zažitých zvyklostí. Na druhé straně pak může docházet k negativním reakcím, že mohou postupně zavrhnout rodinné tradice.(119)

Pro Vietnamce a Číňany v České republice není život snadnou záležitostí i podle jejich sdělení. Přesto naprostá většina volí tuto zemi proto, že v ní vidí možnost zlepšení své ekonomické situace. Práce se objevovala na předních místech v odpovědích respondentů při sestavení řebříčku jejich důležitých životních hodnot. Z výsledků rozhovorů také vyplynulo, že se cítí v naší zemi bezpečně. Charakteristickým znakem vietnamské komunity v České republice je její silná uzavřenost do sebe a důraz na rodinné vazby a vlastní společenské vztahy. To mohlo mít také vliv na jazykové problémy, které uváděli moji respondenti. V souvislosti s jejich věkem se více pohybovali v uzavřené komunitě než mimo ni.

Mentalitu svého národa přirovnával jeden Vietnamec k mravencům, pro snadno nahraditelné množství ve válce a v práci. Povahové vlastnosti zformovala chudoba. Přispěla podle něj také k tomu, že každý Vietnamec se dovede sám prosadit. Kult peněz není ústředním motivem pracovního výkonu, tím je zlepšení současného charakterového stavu. V hodnotách, které respondenti skládali podle toho, jak jsou pro ně důležité, se také peníze poměrně často objevovali.

Z mnoha diskutovaných problémů, které také potvrzují, že se objevili při komunikaci s respondenty, je problém okolo jména a jeho používání. Současná vietnamština se zapisuje latinskou abecedou doplněnou o další speciální znaménka. Vietnamští občané, kteří žijí v ČR často tato znaménka neuvádějí, protože vědí, že je neumíme většinou číst. U některých není možné ani zjistit, co je příjmení a co je jméno, a jak respondenta oslovovat. Ze stejných důvodů si nechají často dávat česká jména, která však nejsou legálně uznatelná. (98) Také já jsem měla respondentu Marušku, tak se chovala oslovovat, i když obě jsme věděly, že to není možné.

*Máte-li nějakého vietnamského kamaráda, vietnamskou kamarádku, zřejmě ji budete znát jako Tondu, Marušku, Honzu, Lindu atd. Ale pravé jméno většinou zůstává tajemstvím třeba až do oficiálního maturitního zahájení, kdy se povinně čtou pravá jména všech účastníků. Naše vietnamská jména jsou totiž na výslovnost natolik těžká, že si raději necháváme říkat „po česku“.* (Vietnamka- student)(119)

Část vietnamských občanů, která má zkušenost s českými úřady, své jméno různě komolí a zapisuje tak, aby vyhovovalo českému vnímání. Z toho často vznikají špatně zapsaná jména v různých dokladech. Na úřadech, ve školách, v nemocnicích, u lékařů je třeba často zapisovat jména cizinců do „českých“ formulářů. (98) Struktura vietnamského jména, odlišná od struktury jména českého, zcela našim formulářům neodpovídá. Zde se otevírá možnost dalšího výzkumu, jak jsou jména vedena ve zdravotnické dokumentaci a jak se s nimi lékaři a zdravotničtí pracovníci vyrovnávají při běžné komunikaci u lékaře nebo zejména při hospitalizaci.

V Česku existují striktní pravidla pro zápis do matriky. Vlastní vietnamská vlastní jména se mohou skládat až ze čtyř oddělených slabik České předpisy umožňují zapsat pouze dvě křestní jména.

Některým Vietnamcům počestování jména nevadí, ale jsou i Vietnamci, kteří si na jméně velice zakládají. Většina z nich si své původní jméno snaží uchovat.

Jak si tedy poradit s vietnamským jménem? Vietnamské jméno se skládá většinou ze tří, někdy ze dvou i čtyř slabik. Slovo obvykle zapisované na první pozici můžeme označit jako příjmení. Na druhé pozici ve jménu je slovo, které nám někdy může napomoci k určení pohlaví dané osoby. Ženu označuje slabika Thi a muže slabika Van (Huu, Lien). Z jiných slov na druhé pozici pohlaví osoby nezasvěcený člověk nemůže vyčíst, což platí o jméně a příjmení jako celku. Na posledním třetím místě stojí vlastní jméno. Vzhledem k tomu, že jsou vietnamská příjmení velice frekventovaná, je vhodné oslovovat vietnamské klienty uvozovacím slovem slečna, paní, pan ... a pak vlastním jménem. Moji respondenti s tímto také souhlasili. (130)

Ženy jsou často pojmenovány jako Cuc (chryzantéma), Loan (fenix), Lieu (vrba), Suong (rosa), Hoa (květina), Lan (orchidej), Tuyet (bělost, sníh), Nguyet (luna), Anh (paprsek).

Muži zase často dostávají jména Duc (ctnost, čest), Khiem (skromný), Thu (podzim), Tot (dobrý), Thuan (hrdina), Dung (statečný), Cuong (silný), Minh (jasný).

Nutno znovu zopakovat, jak jsem osobně zjistila při konverzaci s respondenty, že Vietnamci si na svém jméně velmi zakládají a mnoho pro ně znamená a jsou na ně velice hrdí. Svým dětem vybírají křestní jména velmi uvážlivě. Ať už má vietnamské jméno jakýkoliv počet slabik, podle vietnamského běžného zápisu vlastní jméno zůstává vždy na poslední pozici a příjmení na začátku. Fonetika vietnamštiny je velice odlišná, takže nezasvěcený člověk je schopen vyslovit jméno správně pouze, pokud si ho odposlechne od Vietnamce samotného. Z písemného zápisu to možné není. (133)

Zcela se shodují ve svých závěrech s tvrzením, že imigranti musejí překonat mnoho bariér, jedna z nejzákladnějších je jazyková bariéra. Respondenti vietnamské a čínské minority zvládají komunikační bariéry ve zdravotnických zařízeních za pomoci tlumočníka nebo respondentovi tlumočil člen rodiny. Tlumočníka požadují spíše starší lidé, těm často překládá člen rodiny.(131) S tímto názorem se shodují v souvislosti s výsledky realizovaných rozhovorů. V simulačních otázkách, v nichž měli respondenti si představit, že neumějí česky a dostanou se do prostředí, v němž mají komunikovat

s lékařem nebo se zdravotnickým personálem, se objevili potřeby mít u sebe tlumočníka nebo někoho z rodiny, kdo by řeči rozuměl. Zároveň zde byl zjištěn výsledek, že při této simulaci by respondenti podepsali informovaný souhlas, aniž by věděli, co obsahuje. To je podle mého názoru alarmující informace, která by mohla být v rozporu s dodržováním práva pacienta. Na druhé straně je patrná snaha zdravotníků pomoci vietnamským klientům s komunikací při hospitalizaci. Členové zdravotnického týmu se nejčastěji snaží pomoci respondentům tím, že na ně mluvili pomalu a jednoduchou češtinou. (102) Možná i právě proto respondenti ve svých odpovědích zhodnotili svou převážnou zkušenost při komunikaci se zdravotním personálem jako kladnou, tedy konkrétně jako dobrou a průměrnou.

Respondenti potvrdili ve svých rozhovorech, že neznají pojem informovaného souhlasu. Kladnou odpověď podali jen respondenti z čínské minority, kteří jednak v České republice žijí dlouhodobě a jednak pracují jako tlumočnice a překladatelky. Je tedy pravděpodobné, že se dostali i do kontaktu se zdravotní péčí v roli tlumočnic nebo zprostředkovatelek a znalost informovaného souhlasu mají odtud. Ty samé respondenty také odpověděly, že mají znalost z oblasti práva pacienta v České republice. K tomu je mohli vést stejné znalosti jako u předchozího. Všichni ostatní respondenti znalost práva pacienta v České republice nepotvrdili. Nemyslím si ale, že by se příliš lišili od znalostí českých respondentů, jak vyplývá z výše uvedených zjištění. Souhlasím s autorkou Haškovcovou, která na tento fenomén laické veřejnosti také upozorňuje. (21)

Závěrem k tomuto tématu lze jen souhlasit se slovy Kutnohorské, která uvádí, že komunikace má velký vliv na porozumění mezi národy a rasami a stává se nesmírně důležitou při kontaktu s cizinci, proto je pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů v dnešním světě velmi významné. Pacient, klient, který nechápe, co se děje, nebo který nerozumí řečenému, se cítí nepochopený, méněcenný, ztracený. (32) Komunikace je základem pro vybudování terapeutického vztahu. Přesto, že většina respondentů odpovídala, že by neodmítli vyšetření nebo léčbu i když by jí zcela neporozuměli, dvě respondenty, které znají práva pacienta, by takový postup zamítla.

Bylo by tedy vhodné, aby při komunikaci s příslušníkem vietnamského či čínského etnika při procesu informovaného souhlasu, resp. informovaného nesouhlasu byla věnována zvýšená pozornost.

### ***7.2.2 Diskuze k výzkumné otázce sociálních vzorců chování***

V další otázce jsem se zabývala tím, zda by příslušníci vietnamské a čínské minority odmítly vyšetření nebo léčbu a jednali by tak stejně, jako kdyby žili ve svých vlastech.

Z rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů se cítí zdráva a pečuje o své zdraví a to i přesto, že často k lékařům nechodí ani na preventivní prohlídky. V přirozeném prostředí vlastní respondentů pacient s lékařem i se zdravotním pracovníkem běžně a detailně komunikuje o průběhu léčby, o dalších zákrocích a všech postupech, které se tohoto procesu dotýkají. Jak vyplynulo ze simulační otázek, v nichž si respondenti měli představit, že jsou ve své vlasti, většina z nich by neměla obavu z komunikace se zdravotnickým personálem, neměla by obavu nechat si znovu vysvětlit informace, které mu nebyly jasné a zřetelné. Proto souhlasím s názorem, že zde v České republice, jsou jednak diskriminováni jazykovou bariérou, jednak záhy zjišťují, že v našich podmínkách není ještě detailní komunikace mezi pacientem a lékařských či zdravotnickým personálem zcela běžná a snaží se těmto podmínkám aktivně přizpůsobit. Zároveň z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že ani v prostředí své vlasti by vyšetření nebo léčbu neodmítli, i kdyby jí zcela neporozuměli. Nejčastějším argumentem bylo, že lékaři důvěřují, nebo že by to bylo vůči lékaři neslušné chování. Tím se nepotvrdila výzkumná otázka, že by ve své vlasti vyšetření nebo zákrok bez informací odmítali. Souhlasím tedy s názorem, že možná opět vlivem komunikační bariéry, která mimochodem se objevovala jako výrazný problém ve všech společenských oblastech je to, že ve svém přirozeném prostředí východní vlasti jsou Vietnamci a Číňané zvyklí podrobně a hloubkově s lékařem nebo ošetřujícím zdravotnickým personálem diskutovat o zdraví, o nemoci, o předpokládaných zákrocích nebo způsobu léčby. V době, kdy naše společnosti v oblasti etického vývoje vztahu lékař – pacient a zdravotní personál – pacient pozvolna a někdy s obtížemi opouštíme



zavedený paternalistický model jednání, v němž se pacient mnohdy dostává do role pasivního příjemce poskytované léčby, pak příslušníci východních menšin tento problém ve svých vlastech nepocítují.

Ve svých vyjádřeních respondenti neměli potřebu zákrok či léčení odmítat, protože s ním byly obšírně obeznámeni předem.

Vztah pacienta a lékaře ve východním pojetí je založen na velké důvěře a oboustranné komunikaci. Lze předpokládat, že právě opět komunikační bariéra zabraňuje i tomu, aby východní minority využívali spíše péči, a to zejména v oblasti preventivních prohlídek, v rámci pobytu v České republice.

O svém zdraví a nemoci respondenti komunikují s rodinou, ale podle jejich sdělení málo. S přáteli se o zdraví nebo nemoci baví tak, že se často zeptají na jejich zdraví. Častá argumentace byla, že je to z důvodu, že to je slušné a že to udržuje dobré vztahy. To tedy zcela nepotvrzuje názor, že setkáte-li se s Vietnamcem, rozumí se samo sebou, že po úvodním pozdravu zapředou obě strany hovor na téma zdraví a rodina.(132) 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, ale Vietnamec však chce dát najevo opravdový zájem o vaši osobu, popřípadě Vám pomoci tím, že Vám doporučí osvědčenou medicínu.

Pacienti vietnamské a čínské minority přicházejí z určitého sociálního prostředí. Jak žije taková rodina?

Z rozhovorů se potvrdilo, že zejména vietnamské ženy jsou zodpovědné za péči o nemocného člena rodiny. Poskytují hlavní ošetrovatelskou péči kolem lůžka bez ohledu na pacientovo pohlaví. zejména bylo oceňováno, že o člena rodiny pečují, navštěvují ho v nemocnici nebo doprovází k lékaři a také mu nosí jeho oblíbené jídlo. Někteří respondenti jako klad uvádějí, že když člen rodiny onemocní, ostatní členové rodiny za něj pracují.

Partnerské vztahy jsou brány mnohem vážněji než u nás a jsou velice pevné. Intimní vztah je ryze soukromou záležitostí a v žádném případě nepatří na odiv

veřejnosti. V parcích ve Vietnamu nikdy nespátíme mileneckou dvojici držící se za ruce. Mládež je přísně vedena k cudnosti a zdrženlivosti. (65)

*Je ale pravdou, že většina mladých Vietnamců naprosto akceptuje tuto tichou dohodu s rodiči a vážný vztah mají jenom s členy své komunity. „Češky mají jiné myšlení než my, závazek mezi mužem a ženou neberou tak vážně a jsou tu i rozdílné životní hodnoty a postoje k životu než ty, které máme my v našich asijských kořenech a genech,“ říkají mi kamarádi, proč je lepší si vzít někoho „ze svých řad“.* (Vietnamka-student)(119)

Trvá mnohdy několik let známosti, než mladý muž smí políbit dívku. K českým dívkám se však Vietnamci chovají odlišně. Vysvětlení je jednoduché. Bílé dívky obecně nemají pro Vietnamce takovou hodnotu jako vietnamské dívky a jsou pro ně podřadnější. Naše dívky se oproti vietnamským chovají mnohem otevřeněji a vstřícněji, což si Vietnamci mylně vysvětlují jako erotickou pobídku. (119)

Přísně respektována je rovněž společenská hierarchie. Nemělo by nás udivit, že se nás Vietnamec krátce po seznámení zeptá na náš věk. Není neuctivý, potřebuje si nás zařadit do společenské hierarchie, aby věděl, jak se k nám má chovat.

Pravidla slušného chování nařizují neuvádět nikoho na veřejnosti do nesnází. Každý se snaží chovat tak, aby nedošlo ke konfliktu. Není slušné například dát najevo, že se kolega mýlí, byť je jeho omyl evidentní. V žádném případě by neměl být upozorněn na chybu před ostatními, být zostuzen, aby „neztratil tvář“. Ztrátu tváře naopak riskuje ten, kdo přímo na veřejnosti někomu něco vytkne. Pokud je nezbytné odstranit chybné jednání, řeší se situace s výše postavenou osobou, jako je rodič nebo nadřízený. Při uvědomění si této skutečnosti nás napříště neudiví zdánlivě neupřímné chování Vietnamců. Sdělovat druhým své problémy, natož si veřejně na něco stěžovat, je rovněž společensky nepřijatelné. V konfliktu s Vietnamcem také počítejme s tím, že Vietnamec se vždy zastane Vietnamce, i kdyby neměl pravdu. (131)

Vietnamci jsou dotykovým národem. Navzájem se na veřejnosti dotýkají mnohem častěji než my, ovšem v přátelských vztazích. Objetí a časté dotyky mezi příslušníky stejného pohlaví jsou pro ně zcela normální. Na rozdíl od vřelého chování osob stejného pohlaví je na veřejnosti zcela nevhodné projevovat intimitu. Týká se to nejen vztahů partnerských, ale i rodinných. Nevhodné je například pohladit vietnamské

dítě po hlavičce. Toto gesto je pro Vietnamce výrazem úzkého vztahu k druhé osobě. Pouze rodinní příslušníci se mohou dítěte takto dotýkat. Z odpovědí respondentů ale vyplynulo, že blízká přítomnost cizích lidí jim příliš nevadí, jen jim bývá nepříjemné, že se jich cizí lidé dotýkají.

Rodina je ve vietnamské kultuře považována za základ a dokonce funkční předobraz veškerého sociálního uspořádání. Rodinné vztahy jsou velmi pevné a silně provázané i mezi vzdálenějším příbuzenstvím.(134) Mezilidské vztahy ve Vietnamu byly jak v rámci rodiny, tak i v celé společnosti významně ovlivněny čínským společenským a morálním systémem – konfucianismem.(70) To potvrzuje i výzkum s respondenty, kteří uváděli hodně členů širší rodiny, které však do svého pojetí rodiny zahrnují.

Z kontaktních rozhovorů se potvrdilo, že jednají velmi skromně a tiše, ba až pokorně, mnohdy se nedívají do očí. Naše sebevědomé vystupování, mluvení nahlas, upřímné sdělování kritiky či výtek, přímý pohled do očí by se ve Vietnamu byl mnohdy hodnocen jako neslušné chování.

Pokud se na něčem domluvíte a dotyčná osoba se začne na otázku „Rozumíte?“ usmívat a kývat hlavou, může tím dát najevo, že nerozumí. Nepřipadá v úvahu říci: „Nechápu Vás, řekl jste to nesrozumitelně“. (134) S tím také souhlasím z výsledků rozhovorů, v němž respondenti mají ostych si nechat znovu vysvětlit informace od zdravotnického personálu, když jim nerozumí.

Závěrem k této části lze konstatovat, že vietnamská a čínská minorita věnuje péči o své zdraví velkou pozornost, nezanedbává ji ani v době, kdy její příslušníci žijí na území našeho státu. Nepotvrdil se předpoklad, že by odmítali diagnostický nebo terapeutický zákrok stejným vzorcem jednání, jako by žili ve své vlasti.

### ***7.2.3 Diskuze k výzkumné otázce k alternativním formám medicíny a léčby***

V této oblasti výzkumu jsem předpokládala, že důvodem pro případné informované odmítnutí lékařského nebo diagnostického zákroku či poskytování

ambulantní nebo ústavní péče je příklon k tradičním formám medicíny a léčby. Tato výzkumná otázka se nepotvrdila.

Všichni respondenti odpověděli, že mají znalosti o tradiční východní léčbě ě to zejména z jejich rodin. Při pobytu v české republice využívají tuto metodu zejména při prevenci ve formě bylinných čajů, tinktur a mastí. Neupřednostňují západní medicínu, v řadě případů je užívají souběžně. Tím se potvrdil názor, že příslušníci východních menšin nevnímají tak silně hranici mezi alternativní formou medicíny a léčby jako naše kultura. V jejich pojetí se tzv. západní medicína vyvíjela souběžně s tradiční medicínou a dle jejich názoru převážná většina lékařů, jež jsou vzděláni v oblasti medicíny opět tzv. západního směru zároveň do svých praktik v léčení by měli zařazovat prvky tradiční východní medicíny a léčby. Dotazovaní nevnímají rozpor, spíše se udivují nad tím, že naše kultura tyto dva směry se snaží oddělit.

Čínská i vietnamská tradiční medicína a léčitelství vychází zejména z dlouhodobého používání řady bylinných extraktů a náboženských rituálů.

Číňané vnímají a definují zdraví jako rovnováhu mezi vnitřním a vnějším prostředím člověka. Nemoc vyplývá z disharmonie, a onemocnění v první řadě nastává, když se lidské tělo dostává do nevyváženosti s okolním prostředím. toto pojetí vychází především z filozofie Jin a Jang (rovnováha teplo x chlad, světlo x tma, dobro x zlo) a životní filozofie kondicionalismu. Vietnamci jsou stejně jako Číňané ve svém postoji ke zdraví ovlivněny náboženstvím a to především buddhismem a konfucianismem. Také oni jsou ve svém přístupu ke zdraví ovlivněny silami Jin a Jang. (102)

Vietnamské lidové léčitelství je založeno na starých empirických zkušenostech. Zvláště ve 13. století se léčilo akupunkturou. V druhé polovině 14. století Hguyen-ba-Tinh poprvé shrnul zkušenosti lidového léčitelství v jižním Vietnamu v díle Phu Thuoe Nam. Vietnamsky popsal 630 léčivých rostlin, z nichž mnohé nebyly ani v tehdejší čínské literatuře. Za své zásluhy byl nazýván „bohem jižní medicíny“.

Tzv. jižní tradiční vietnamská medicína (thuoc nam) vznikla v deltě Rudé řeky, to je v kolébce národa Vietů a spočívala na lidových empirických znalostech. Tato medicína neměla teoretické základy, které byly teprve později připojovány, revidovány a modifikovány významnými lékaři. Jižní medicína zahrnovala kromě přírodních léčiv i

metody malé chirurgie. Mnohem později, během čínské nadvlády v prvním tisíciletí n.l. se do Vietnamu šířila ze severu z Číny, pod vlivem buddhismu, taoismu a konfucionismu, tzv. severní medicína (thuoc boc). Lid dával vždy přednost jižní medicíně, která mu byla bližší. kdežto utlačovatelské a privilegované vrstvy podporovaly medicínu severní. Oba systémy se rozvíjely vždy souběžně. Severní medicína je založena na tradičních léčivech a na nauce o dvou antagonistických principech Jing a Jang.

Princip Jing, který ovládá vnitřek těla, je negativní, pasivní a studený. Charakterizuje ženské vlastnosti, Zemi, Měsíc, tmu, vlhkost a smrt. Orgány ovládané principem Jing jsou: břicho, žaludek, žluč střeva, močový měchýř a pod., kdežto princip Jang ovládá srdce, plíce, ledviny, slezinu a pod. Princip Jang ovládá povrch těla a je kladný, teplý, aktivní a produktivní. Charakterizuje mužské vlastnosti, Slunce, nebe, světlo, teplo a život.

Zdraví je harmonie Jing a Jang a při poruše jejich rovnováhy vzniká nemoc.

Nutno říci, že tradice zachovávají především Vietnamky, dodnes. I když žijí v České republice, nechávají si tyto léky přivážet z Vietnamu a nebo si je přivážejí samy. To také potvrdily výsledky rozhovorů s respondenty.

Tradiční čínská medicína je obor s mnoha tisíciletou historií, detailně propracovaný díky nahromaděným poznatkům a zkušenostem tisíců lékařů a terapeutů, který stále více přitahuje pozornost odborné i laické veřejnosti na celém světě. Tradiční čínská medicína není nic mystického ani šarlatánského. Tak ji nevnímají ani respondenti. Žádná jiná medicína na světě nemá tak dlouhou tradici, neotestovala tak velký vzorek populace a nezkoumala člověka ve vztahu k přírodě. Zachovala si svoji čistotu, jasné formulace a jednoduché vyšetřovací postupy, od samého počátku až do dnešních dnů. To svědčí o uceleném systému, ne pouze o alternativě. Na člověka jako na součást celku – vesmíru, který na něho neustále působí. Z hlediska mikrokosmu je i člověk celkem. V tomto smyslu neexistuje onemocnění jen jednoho orgánu, nebo dokonce jeho části, ale je vždy onemocněním celého jedince. Do principů tradiční čínské medicíny patří celostní přístup. Znamená uvědomování si propojenosti lidského organismu, jeho vnitřních a vnějších vazeb a vzájemného ovlivňování jednotlivých

orgánů. Dalším principem je propojenost člověka s přírodou. Člověk je chápán jako článek přírody, podléhající jejím zákonitostem, např. vliv ročních období na onemocnění jednotlivých orgánů. Třetím principem je kauzální přístup, tedy hledání a léčba příčiny „kořene“ onemocnění a ne jen odstraňování příznaků nemoci. Komplexní léčba pomocí čínské medicíny v sobě zahrnuje několik léčebných postupů podle potřeb daného jedince, vždy individuálně. V léčebných postupech dominuje fytotherapie, tedy bylinná léčba. Ostatní metody, jako je akupresura, akupunktura, moxování, úprava dietetiky, cvičení, metoda přikládání baněk, atd., jsou pomocné metody, které bylinnou léčbu vhodně doplňují. (102) Toto tvrzení také potvrzují respondenti, kteří většinou užívají bylinnou léčbu.

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

Předpokladem pro zvládnutí tohoto specifického přístupu k pacientovi vietnamské a čínské minority je značně vysoká úroveň znalostí o tomto specifickém etniku, jež by mohla být i dalším předpokladem pro snížení komunikační, tedy i společenské bariéry.

Závěrem k této části práce lze souhlasit s názorem, že v posledním desetiletí narůstá zájem o celostní medicínu i ve vyspělých západních zemích. Na toto téma je prováděna řada studií, především v USA a Číně, ale také v Evropě a Austrálii. Tradiční východní medicína podstupuje opětovnou verifikaci svých účinků podle norem západní vědy a čím dál více západních lékařů i vědců uznává a respektuje její metody.

Stále více se využívá zejména v kombinaci se západní medicínou. Světová zdravotnická organizace proto věnuje pozornost prosazování správného a racionálního používání různých škol této tradiční medicíny. (102)

### 7.3 Diskuze k hypotézám

Souhlasím s autorkou Haškovcovou, která uvádí, že většina laiků se o podstatné změny ve zdravotnictví příliš nezajímá, o svých právech většinou nic neví a existence Úmluvy o biomedicině je jim vzdálená. Potřeba informací vyvstává až tehdy, když onemocní oni nebo někdo z blízkých příbuzných a přátel. Mnozí pak jsou konfrontací s novými postupy ze strany lékařů a zdravotních sester překvapení, informovaným souhlasem pak bývají pravidelně zaskočení. (21)

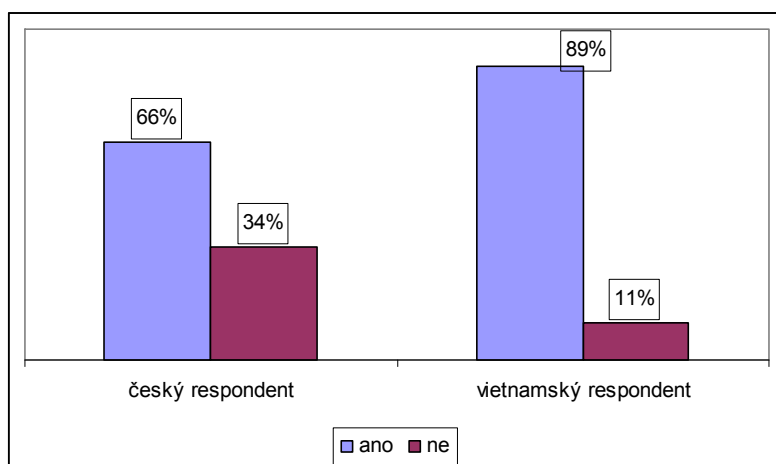
Na základě dotazníkového výzkumu odpovědělo na otázku *Vím, že lékař má zákonnou povinnost mě informovat o postupech* odpovědělo 89 % dotázaných vietnamských respondentů kladně a 11 % respondentů záporně.

Pro srovnání s předchozím výzkumem, v němž byli velmi podobnou otázkou osloveni čeští respondenti, odpovědělo kladně 66% respondentů a 34 % záporně nebo nevědělo.

Porovnání výsledků výzkumů znázorňuje graf .

#### Graf 12 Porovnání výsledků výzkumu mezi českou majoritou a vietnamskou minoritou

Zákonná povinnost informovat



Zdroj: Vlastní výzkum 2004, Vlastní výzkum 2009

Jak ukazuje graf, většina českých i vietnamských respondentů má povědomí o tom, že pacient má právo obdržet od lékaře informace o léčebných nebo diagnostických postupech. Lze tedy souhlasit s Haškovcovou, že v praxi bývá naplněno, že informovaný souhlas je velice důležitým projevem pacientovi vůle a bez tohoto informovaného souhlasu vlastně nelze pacienta léčit. (20)

Výsledek výzkumu ukazuje nižší procento kladného vyjádření u českých respondentů, což může být ovlivněno do jisté míry tím, že informovaný souhlas v našich podmínkách v praxi medicíny objevil teprve v průběhu sedmdesátých let minulého století na rozdíl od dlouholeté praxe, která je aplikována ve východních zemích a jež byla zmíněna již zmíněna v empirické části práce o sociálním chování vietnamské minority. Podle ní je komunikace lékaře s pacientem a informování o léčebných postupech běžnou součástí jejich komunikace.

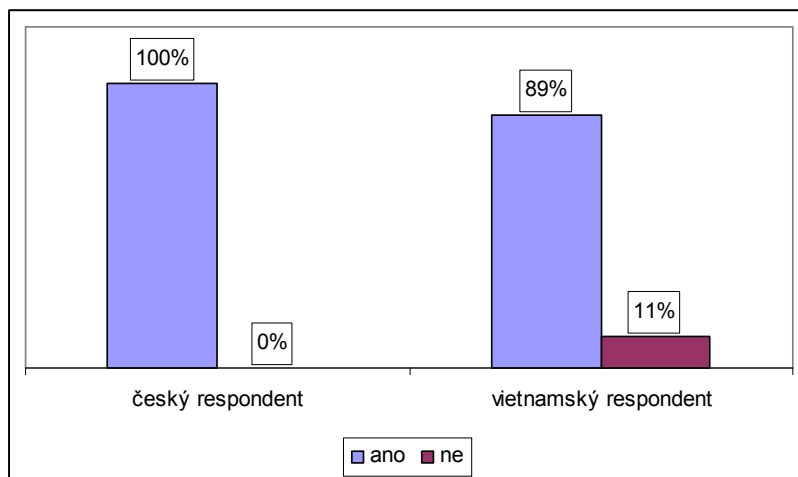
Na základě dotazníkového výzkumu odpovědělo na otázku ***Chci, aby mne lékař informoval o mé nemoci a léčebných postupech a vysvětlil mi je*** 89 % dotázaných respondentů kladně a 11 % respondentů záporně. U záporné odpovědi byla převaha mužů ve věkovém rozhraní 31-40 let. V návaznosti na již uvedené skutečnosti z výsledků výzkumu o problémech zdravotnického personálu s příslušníkem vietnamské a čínské minority lze konstatovat, že důvodem je opět komunikační bariéra, kterou muži středního věku vietnamských příslušníků mohou vnímat silněji než ženy.

Při srovnání s předchozím výzkumem, v němž byli touto otázkou osloveni čeští pacienti nebo potenciální pacienti, odpovědělo 100% kladně. Porovnání výsledků výzkumů znázorňuje graf.



### Graf 13 Porovnání výsledků výzkumu mezi českou majoritou a vietnamskou minoritou

Informace o zdravotním stavu



Zdroj: Vlastní výzkum 2004, Vlastní výzkum 2009

Naprosto souhlasím s názory Sovové, Mlýnské a Fischerové i dalších, jež citují v teoretické části práce, že informovanost pacienta patří k jeho základním právům a že jejich nedostatek nebo neúplnost je příčinou nejčastější nespokojenosti pacienta s léčením. Rozpory mezi lékařem a pacientem se odrážejí jak na jeho psychickém, tak i somatickém stavu. Jak také píše Zamykalová, stokrát opakované a možná už otřepané, jde o vztah konkrétního lékaře a konkrétního pacienta, o jeho kvalitu. A jde hodně o pocity – důvěry a pozornosti. (111) Částečné negativní reakce vietnamské minority mohou souviset se zkoumanou jazykovou bariérou, která v komunikaci se zdravotnickým personálem může sehrát negativní roli.

Na třetí otázku dotazníkového výzkumu ***Podle mé osobní převažující zkušenosti s lékaři se domnívám, že*** odpovědělo 67 % vietnamských respondentů, že zdravotnický personál je informuje dostatečně, 8 % vietnamských respondentů odpovědělo, že jej zdravotnický personál informuje průměrně, o tom, že jsou informováni nedostatečně neodpověděl žádný respondent a na vyjádření, že lékařské postupy jej nezajímají odpovědělo 25 % vietnamských respondentů. V předchozím výzkumu, v němž byli osloveni čeští respondenti odpovědělo 38 %, že zdravotnický personál informuje

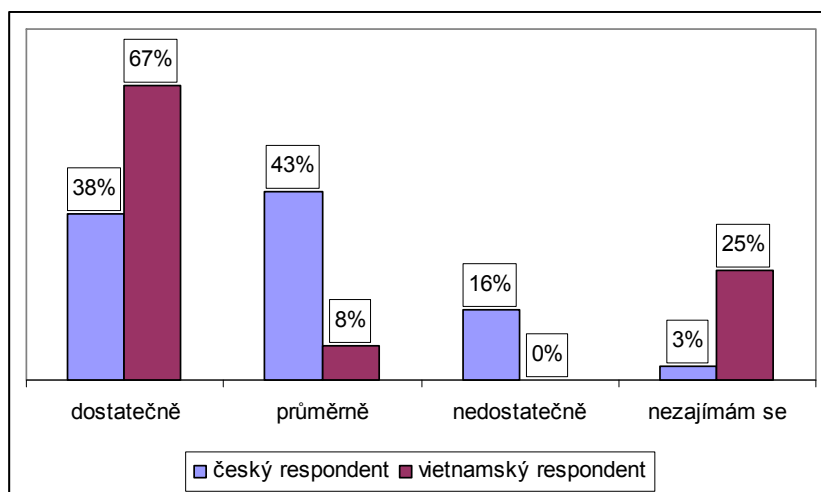
dostatečně, 43 % českých respondentů se domnívá, že byli informováni průměrně, k nedostatečné informovanosti ze strany zdravotnického personálu se přiklonilo 16 % dotazovaných a informace o jeho zdravotním stavu nezajímaly 3 % dotazovaných českých respondentů.

Souhlasím s názorem Haškovcové, která píše, že problémem je přetrvávající pasivita většiny pacientů, kteří se málo ptají, a když, tak na nesprávném místě. Stává se, že pacient „odkývá“ svému lékaři všechno, dokonce podepíše informovaný souhlas s povinnou větou, že měl možnost se na všechno zeptat a že mu bylo odpovězeno, a pak se dotazuje známého zdravotníka, ať mu „to“ vysvětlí a převede do „lidštiny“. Tento způsob zjišťování potřebných informací se uplatňoval v době medicíny mlčení. Dnes není realizovatelný, především proto, že žádaný zdravotník nemá právo dotazovat se na informace o konkrétním pacientovi, pokud se nepodílí na jeho péči. (21)

Porovnání výsledků výzkumů znázorňuje graf.

**Graf 14 Porovnání výsledků výzkumu mezi českou majoritou a vietnamskou minoritou**

Dostatečnost informací



Zdroj: Vlastní výzkum 2004, Vlastní výzkum 2009

Dostatečnost informací z pohledu pacienta může být zároveň subjektivně vnímána. Lze souhlasit se Zamykalovou, která říká, že pacienty lze rozlišovat i podle

jiných kritérií, než je vzdělání, věk či jejich zdravotní stav. Velké rozdíly panují v otázce jejich přístupu k přijetí odpovědnosti za léčbu. Lékaři shodně zmiňují tři typy pacientů. Velká část starších pacientů dává přednost pasivitě, další část, tvořena zejména mladšími a vzdělanějšími pacienty, se o své zdraví i léčbu více zajímá. Třetí část jsou „přeinformovaní rýpalové“. To jsou pacienti, kteří informace „zneužívají“ k tomu, aby doktory „nachytali“ při jakékoli drobné diskrepanci. (111) U vietnamských respondentů pak může docházet k jejich přirozené reakci, a to je taková, že nechtějí vyvolat jakýkoli konflikt a nebo že by nedostatečnost informací považovala za kritiku lékaře při výkonu jeho profese. Jistou roli zde opět může sehrávat komunikační jazyková bariéra jako důsledek nepochopení sdělovaných informací.

Je známo, že náležitá komunikace s nemocným, popřípadě s příbuznými je nejlepší prevence celé řady nedorozumění a konfliktů lékařů s pacienty. Mach a Stolínová konstatují, že nelze nekomunikovat. Souhlasím s nimi, že komunikace lékařů s nemocnými je stále nedostatečná. Komunikace nemůže být monologem jedné strany, tedy lékaře. Na druhé straně zejména pacienti si budou muset uvědomit, že každý musí sám hájit svá práva individuální aktivitou. (21)

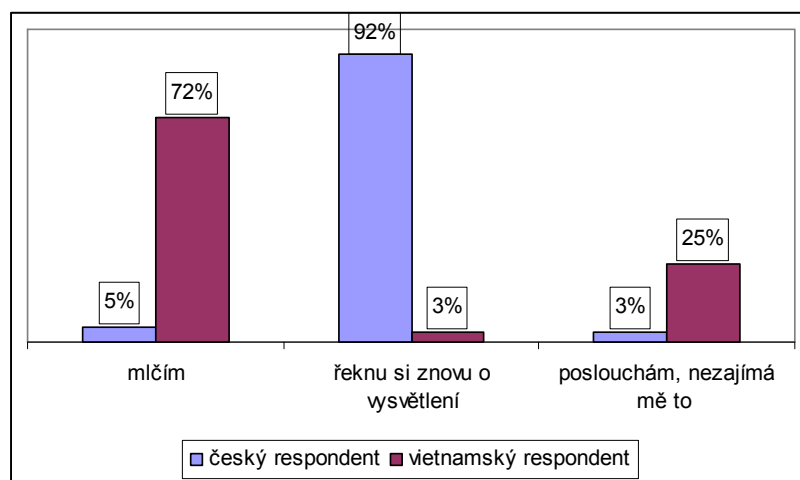
Souhlasím s názorem Zamykalové, že ošetrovatelské aspekty informovaného souhlasu jsou velmi důležité, neboť sestry jsou důležitým prostředníkem mezi lékařem a pacientem a pacienti jsou zvyklí se svými dotazy se obracet častěji právě na ně. Praxe informovaného souhlasu zahrnuje samozřejmě mnohem více než sestru, která zanesou pacientovi formuláře k přečtení a případně další doprovodné informace. To hlavní by se mělo odehrávat mezi lékařem a pacientem. Není jeden fungující návod, jak a o čem pacienta informovat. Většina lékařů volí poměrně podrobný popis „krok po kroku“. Někteří lékaři využívají pomocných obrázků, byla zmíněna možnost zhotovení krátkého filmu o zákroku, který by pacienti shlédli večer před zákrokem. (111)

Na třetí otázku dotazníkového výzkumu *Když mi lékař něco vysvětluje a já tomu nerozumím (např. užívá latinské termíny)* odpovědělo, že mlčí a stydí se přiznat, že nerozumí 72 % vietnamských respondentů, že řekne lékaři, že nerozumí výkladu a nechá si jej znovu vysvětlit odpověděla 3 % a s tvrzením, že jen poslouchá, protože ho to nezajímá odpovědělo 25 % vietnamských respondentů. V předchozím výzkumu, v němž byli osloveni čeští respondenti, odpovědělo, že mlčí a stydí se přiznat 5 % respondentů, že nerozumí a řekne si znovu o vysvětlení 92 % českých respondentů a nakonec 3 % českých respondentů se ztotožnilo s odpovědí, že jen poslouchá, protože ho to nezajímá.

Porovnání výsledků výzkumů znázorňuje graf.

**Graf 15 Porovnání výsledků výzkumu mezi českou majoritou a vietnamskou minoritou**

Komunikace s lékařem



Zdroj: Vlastní výzkum 2004, Vlastní výzkum 2009

Co říká a co je schopen pacient slyšet a pochopit je stejně tak, ne-li více důležité. Záleží na jeho zdravotním stavu, věku, vzdělání – to vše jsou „filtry, skrze které lékař svou informaci „vysílá“ a pacient „přijímá“. To vše má vliv na to, jak se pacient cítí, nakolik se zákroku obává a zda s ním nakonec bude, či nebude souhlasit. nemocný chce totiž především jistotu a naději, nikoli zasvěcení do komplexní problematiky medicíny.

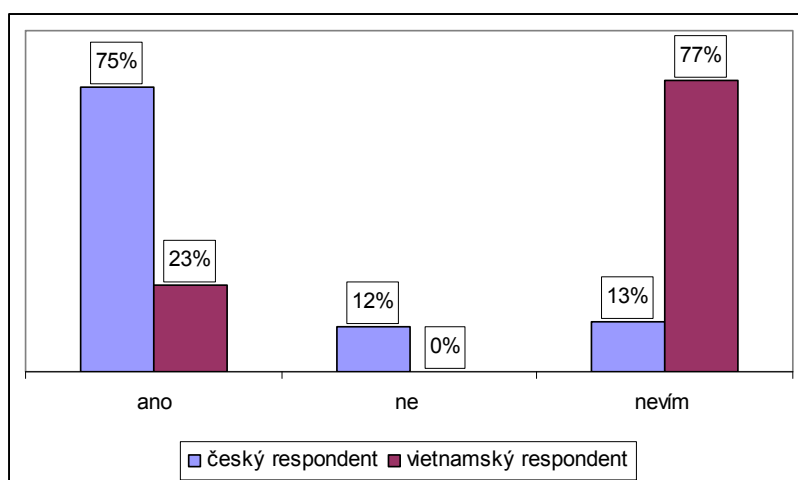
Koneckonců právě proto, že toto neví a většinou ani nechce vědět, tak jde za odborníkem, za lékařem. (111) Domnívám se, že zde jasně vyplynul rozdíl mezi českým pacientem nebo potenciálním pacientem a pacientem nebo potenciálním pacientem vietnamské minority. Zatím co český respondent ve většině si o nové, upřesňující informace aktivně požádá, vietnamský respondent se staví do role pasivní a navozuje paternalistický vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a jím. Určitě velkou roli zde opět hraje komunikační jazyková bariéra, která zcela přirozeně neumožňuje rozvinout plnohodnotnou konverzaci, byť laickou, na dané téma.

Na čtvrtou otázku dotazníkového výzkumu *Myslím si, že mi může lékař věnovat dostatek času* odpovědělo kladně 23 % vietnamských respondentů, záporně neodpověděl žádný respondent a na otázku nedokázalo odpovědět 77% vietnamských respondentů. V předchozím výzkumu, v němž byli osloveni čeští respondenti odpovědělo kladně 75 % českých respondentů, 12% odpovědělo záporně a 13% nedokázalo na danou otázku odpovědět.

Porovnání výsledků výzkumů znázorňuje graf.

### Graf 16 Porovnání výsledků výzkumu mezi českou majoritou a vietnamskou minoritou

Věnování dostatku času při informacích



Zdroj: Vlastní výzkum 2004, Vlastní výzkum 2009

Souhlasím se Zamykalovou, která dochází k názoru, že pacienti si chtějí hlavně popovídat, uklidnit před operací nebo vyšetřením a také ujistit, že vše dobře proběhlo. Chtějí „zúčastněné jednání“, pozornost, lékaře, kteří „nemachrují“, lidský, citlivý přístup a partnerství. (111) Zároveň je možné odhadnout, že reakce vietnamských respondentů odrážejí všeobecnou neznalost prostředí v kombinaci s již uvedenými sociálními vzorci chování, které je charakterizují v roli přizpůsobivých a nekonfliktních lidí.

## 8. ZÁVĚR

Nové tisíciletí přivádí zdravotnické pracovníky k zamyšlení nad zdánlivým zmenšováním světa. Často slycháváme o globalizaci, globálních komunikačních systémech, globálních marketingových strategiích, apod. Nicméně znalost různých kultur a porozumění pro ně jsou stále nedostačující. A navíc je potřeba si uvědomit, že zatímco globalizace je myšlenková koncepce, abstraktní pojetí, tak transkulturní zdravotnická a sociální péče je konkrétní odbornou službou pro lidi různých kulturních profilů. Tato služba by nejen neměla ubližovat, ale měla by přinášet hmatatelné kladné účinky, a to s úctou ke kultuře, z níž klient pochází.

Studovat kulturu je stejně důležité jako studovat fyziologii srdce, vždyť je to mimo jiné i ona, která zásadně ovlivňuje životní fungování člověka v každodenním světě nesmírné rozmanitosti. Kulturní jevy jsou sice často ne příliš viditelné a kryté, nicméně při léčení a ošetřování klientů a zkvalitňování jejich života je potřeba se jim věnovat. Transkulturní pohled proto přináší nový rozměr v péči, neboť se povznáší nad dosavadní dichotomii mysl-tělo.

Vývoj národů a národností, etnických skupin, etnosociálních útvarů je v podmínkách industriálního vývoje charakterizován dvěma navzájem protikladnými tendencemi. Na jedné straně vede ke sjednocování ekonomik, materiální národní kultury národů, etnika ztrácejí svá specifika ve struktuře výroby, výrobní základně, využívají spotřebních předmětů, na druhé straně probíhá proces kulturní konsolidace, růstu etnické uvědomělosti. Tento růst etnické uvědomělosti lze zvyšovat růstem vzdělanosti, kulturní úrovně, růstem historického vědomí, růstem znalostí jiných národů, etnik či kultur.

Pohyb lidí z jedné země do druhé, promíšenost obyvatel různého původu, barvy pleti, kultury bude stále častěji provázet život dnešních i budoucích generací. Stane se nedílnou součástí každodennosti a je třeba s ním počítat.

Multikulturní přístup k pacientům předpokládá zohlednění kulturně etnických, případně náboženských zvyklostí pacienta s tím, že je nutný individuální přístup k lidem vůbec. Sociální diferenciací v rámci etnik a kultur může být významnějším činitelem

než etnická příslušnost. Roli také hraje délka pobytu pacienta v České republice a také jeho zájem žít trvale v zemi.

Výsledky práce prokázaly, že u příslušníků vietnamské a čínské minority může docházet k nedostatečnému informování o lékařském či diagnostickém zákroku nebo vyšetření z důvodu komunikační, zejména jazykové bariéry. Nebylo prokázáno, že by respondent takto postupoval i ve své původní vlasti nebo by se takto rozhodoval z důvodu příklonu k tradičním východním formám medicíny a léčby. Ve druhém cíli práce bylo prokázáno, že na rozdíl od českých respondentů příslušníci vietnamské minority nemají povědomí o zákonném právu a povinnosti souhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným zákrokem a v praxi tohoto práva na informace o svém zdravotním stavu aktivně nevyužívají.

Přesto, že slovo *cizinec* má v češtině stejný základ jako slovo „cizí“, nemělo by to znamenat, že lidé, kteří k nám přicházejí odjinud, mají zůstat nepoznaní, odcizení. Naopak právě oni potřebují pochopení a případnou asistenci, zvláště pokud se dostávají do zdravotních nesnází a ocitají se v péči lékařského a ošetrovatelského personálu.

Smysl transkulturní zdravotnické a sociální péče je naplnit lidské potřeby tak citlivě, aby klient neměl důvod odmítat spolupráci nebo pociťovat nespokojenost. V širším pojetí se péče dotýká i kulturnímu zázemí klientovy rodiny a komunity. To vše vyžaduje značnou míru hlubokých znalostí a tvořivosti. Neodmyslitelně zároveň k podstatě transkulturní zdravotní a sociální péče patří zakotvení lidských práv.

K jedněm z cílů transkulturního chování a výchovy je nejprve poznání sama sebe, svých kulturních předsudků a stereotypů. Předsudky a zkreslené chápání kultur si často přinášíme pod vlivem naší dřívější výchovy, a proto uvědomění napomůže v oproštění vlastních životních zkušeností.

Zároveň obohacování sama sebe nás přivádí i k praktickému naplňování dodržování lidských práv v jeho samé podstatě.



## 9. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAKALÁŘ P. *Tabu v sociálních vědách*, 1. vydání, Votobia, 2003, 343 s. ISBN 80-7720-135-2
2. BARLOVÁ, H. *Multikulturální rozmanitost klientů v praxi sociální pracovníka*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Diplomová práce, Vedoucí práce: Mojžíšová A. 2005
3. BLAHOŠ, J. *Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva*, ASPI, 2005, 260s. SBN 80-7557-073-4
4. BLECHA I. *Filosofie*, Nakladatelství Olomouc 2002, 277 s. ISBN 80-7182-147-0
5. BROUČEK, S. *Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika*, [online], [cit 200903-13], Dostupné: < <http://www.cizinci.cz> >
6. BÖHMER, M. *Výzkum kmenových buněk z hlediska politické odpovědnosti*, In Bioetika – Nová výzva pro politiku a společnost, Konrad-Adenauer Stiftung, 2002
7. BURIÁNEK, J. *Hospitalizace v psychiatrické léčebně proti vůli pacienta*. Česká lékařská komora, [online], [cit 2009-02-09], Dostupné: < <http://www.lker.cz/detail.php?id=235> >
8. ČERNÝ, J. *Doma v České republice*; [online], [cit 200906-04], Dostupné: < <http://www.domavcr.cz> >
9. DOSTÁLOVÁ, R. podle ABC Teaching Human Rights, *Vyučování lidským právům*. In Rozumíme lidským právům?, Praha, Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s.76-79, ISBN 80-90-1221-4
10. DAVIDOVÁ, E., LHOTKA P., VOJTOVÁ, P. *Právní postavení Romů v zemích Evropské unie*, Praha: Triton, 2005, 156 s. ISBN 80-7254-727-5
11. DOLISTA, J.; VURM V. *Vybrané kapitoly z bioetiky (aspekt filosofický)*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004, ISBN 80-7040-700-X
12. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie vybrané kapitol*. Praha, Grada Publishing, 1999, s. 62, ISBN 80-7169-254-9

13. FISCHEROVÁ,F., SOVOVÁ,E., MLÝNSKÁ,M. *Informační příručky pro pacienty*. In Zdravotnictví v České republice, Praha, Bibliographia Medica Čechoslovaca, roč. 5, č. 1-2/2000, s. 81-83, ISSN 1213-6050
14. FAY B., *Současná filosofie sociálních věd Multikulturní přístup*, Sociologické nakladatelství Praha, překlad: Jana Ogrocká 2002, ISBN 80-86429-10-5
15. FARKAŠOVÁ,D. a kol, *Ošetrovatelstvo- teória: Učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*, 1. vydání, Martin, Osveta, 2005, 216 s. ISBN 80-8063-182-4
16. FIŠEROVÁ J. *Etika v ošetrovatelství*; Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2004
17. FLEGL,V. *Ústavní a mezinárodní ochrana lidských práv*. Praha, Nakladatelství C.H.Beck, 1997, ISBN 80-7179-125-3
18. FLEGL,V. *Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv*. Praha, Nakladatelství C.H.Beck, r.1998, ISBN 80-7179-204-7
19. GOLDMANN R., CICHÁ M.: *Etika zdravotní a sociální práce*; Univerzita Palackého v Olomouci; Pedagogická fakulta; 2004; ISBN 80-244-0907-0
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, Galén Praha 2002, ISBN 80-7262-132-7; 272 s.
21. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak*, Praha, Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-497-3; 104 s.
22. HAVELKOVÁ, H. *Demokracie pro muže a pro ženy (Filosofická reflexe)*. In Člověk a jeho práva I. Lidská práva, ženy a společnost, Praha, Evropské středisko UNESCO pro výchovu k lidským právům, 1992, s.81-91, ISBN 80-901221-0-8
23. HARTMAN N., *Struktura etického fenoménu*, Academia, 2002, ISBN 80-200-0970-1, s.274
24. HAVELKOVÁ, H. *Demokracie pro muže a pro ženy (Filosofická reflexe)*. In Člověk a jeho práva I. Lidská práva, ženy a společnost, Praha, Evropské středisko UNESCO pro výchovu k lidským právům, 1992, s.81-91, ISBN 80-901221-0-8
25. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*, Portál Praha, 2005, ISBN 80-7367-040-2, 403 s.

26. HEJČ, K. *Sociální aspekty lidských práv*. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, teze přednášek Akademický rok 2002/2003
27. HÝBNEROVÁ, S. *Mezinárodní ochrana lidských práv*. In Rozumíme lidským právům?, Praha, Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s.29-53, ISBN 80-90-1221-4-0
28. HOBOM, B. *O šancích a mezích nejnovějších výsledků*, In Bioetika – Nová výzva pro politiku a společnost, Konrad-Adenauer Stiftung, 2002
29. HOLÝ, L., SOUKUP, V. *Sociální a kulturní antropologie*, Praha. Slon, 1993
30. HONNEFELDER, L. *Vědci varují před sny o dokonalosti*, In Bioetika – Nová výzva pro politiku a společnost, Konrad-Adenauer Stiftung, 2002
31. HUBÁLKOVÁ, E. *Evropská úmluva o lidských právech a Česká republika*, Linde Praha, 2003, ISBN 80-7201-417-X, 742 s.
32. IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I.*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1
33. JAHOŘÁDOVÁ, R. *Souhlas nemocného s léčebným výkonem*. In Zdravotnické právo v praxi, Praha, SOLEN 2003, 1/2003, roč.1. s. 10-12, ISSN 1214-2883
34. JANKOSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, Triton 2003, ISBN 80-7254-329-6, 223s.
35. KARTÁKOVÁ, N. *Péče o novorozence u vietnamských žen*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Bakalářská práce, Vedoucí práce: Koudelková V., 2006
36. KOPALOVÁ, M. *Informovaný souhlas a paternalismus lékařů*, 2008 [online], [cit 2008- 06 -18], Dostupné: <[www.beckovaknihovna.cz/lexdata/mag/archivbeck/nsf/](http://www.beckovaknihovna.cz/lexdata/mag/archivbeck/nsf/)>
37. KOCOUREK, J. *Vietnamci v České republice*, In: Šišková T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*, 1. vydání, Praha: Portál, 2001, 200s. ISBN 80-7178-648-9
38. KOLEKTIV, *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče, respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, Ostravská univerzita Ostrava 2003, 119 s. ISBN 80-7042-344-7

39. KOLETKIV AUTORŮ, *Interkulturální vzdělávání*, 1. vydání, Praha: Člověk v tísni, 2002, 518 s. ISBN 80-71-06-6140-0
40. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo II.*, Martin: Osvěta, 1995, 1457 s. ISBN 80-217-0528-0
41. KOZLOVÁ, L. *Některé základní problémy sociologického výzkumu*. In Kontakt Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích, České Budějovice, roč. 2000, č. 1, s. 41-44, ISSN 1212-4117
42. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha. Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
43. KOŽOUŠEK, J. *Poučení pacienta lékařem*. In Zdravotnické právo v praxi, Praha, SOLEN 2003, 1/2003, roč. 1. s. 7-9, ISSN 1214-2883
44. KRAMÁŘOVÁ, N., CHODURA, V., KAHOUN, V. *Nesouhlas pacienta s hospitalizací při souběhu somatické a duševní choroby*. In Kontakt, České Budějovice: ZSF JU, roč. I., 1999, č. 3, s. 3-6, ISSN 1212-4117
45. KROUPOVÁ, A. *Úvod do výchovy k lidským právům*. In Rozumíme lidským právům?, Praha Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s. 14-28, ISBN 80-90-1221-4-0
46. KROUPOVÁ, A. *Výchova k občanství pro 21. století: Úmluva o právech dítěte*. In Rozumíme lidským právům?, Praha, Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s. 51-60, ISBN 80-90-1221-4-0
47. KŘEPELKA, F. *Česká republika a Úmluva Rady Evropy o bioetice*. In Časopis pro právní vědu a praxi, Praha, 1999, roč. 7, č. 1, s. 59-67, ISSN 1210-9126
48. KŘEPELKA, F. *Evropský standart lidských práv a zdravotnictví*. In Zdravotnictví a právo, Praha, ORAC, s.r.o., roč. 2002, č. 7-8, s. 2-5, ISSN 1211-6432
49. KŘEPELKA, F. *Etické komise ve světě a v Česku pohledem právníka*. In Zdravotnictví a právo, Praha, ORAC, s.r.o., roč. 2001, č. 1, s. 2-5, ISSN 1211-6432
50. KŘEPELKA, F. *Informovaný souhlas v klinickém hodnocení léčiv ve vnitrostátní i mezinárodní perspektivě*. In Zdravotnictví a právo, Praha, ORAC, s.r.o., roč. 2001, č. 8, s. 5-9, ISSN 1211-6432

51. KŘEPELKA,F. *Informovaný souhlas člověka při zdravotnickém výzkumu*. In Zdravotnické právo v praxi, Konice, Solen, roč.2003, č.1, s.13-15, ISSN 1214-2883
52. KŘEPELKA,F. *Právo a etika ve zdravotnictví a biomedicinském výzkumu*. In Universitas Revue MU v Brně, Brno, Masarykova univerzita v Brně, roč. 2001, č.1, s.59-63, ISSN 1211-3384
53. KUŘE,J. *Ke změně paradigmatu medicínského rozhodování*. In Dolista,J. Sapík,M. Studie z biotiky II.1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s.40-46. ISBN 978-80-7040-996-1
54. KUZNÍKOVÁ M. *Multikulturní přístup sestry k vietnamské minoritě*, Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Vedoucí práce Sedláková G. 2006
55. MACH,J. *Komunikace lékaře a pacienta s infaustní prognózou – má lékař právo na „milosrdnou lež“?* Česká lékařská komora,[online], [cit.2008-0209] Dostupné: < <http://www.lkcr.cz/detail.php?id=250> >
56. MACH,J. *Komunikace lékaře se zákonnými zástupci nezletilého pacienta*. Česká lékařská komora, [online], [cit.2005-12-04] Dostupné: < <http://www.lkcr.cz/detail.php?id=242> >
57. MACH,J. *Náležitá komunikace s pacientem – účinná prevence právních problémů*. Česká lékařská komora, [online], [cit.2005-12-04] Dostupné: < <http://www.lkcr.cz/detail.php?id=256> >
58. MASARYK,T.G.M. *Demokracie – boj proti násilí*. In Ideály humanitní, Praha, Melantrich 1990, s. 103-105, ISBN 32-005-90
59. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, 1. vydání Praha: Portál, 2003, 288 s. SBN 80-7178-549-0
60. MOCKOVÁ, J. *Specifika ošetrovatelské péče u vietnamských žen v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím*; Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Bakalářská práce, vedoucí práce Mgr. Vlasta Koudelková, 2006
61. MURAT S., HEJTMAN P. *Otázky Evropské integrace v České republice*, 1. vydání, České Budějovice, 2004, 105 s. ISBN 80-7040-704-2
62. MÜLLEROVÁ P., *Vietnam*, 1. vydání, Praha: Libri, 2004, 127 s. ISBN 80-7277-2554

63. NAVRÁTIL P. at all *Romové v české společnosti*, 1 vydání, Praha: Portál, 2003, 224 s. ISBN 80-7178-741-8
64. NOVÁKOVÁ, D. *Potřeba transkulturního ošetrovatelství ve 21. století*, In: *Nově trendy v ošetrovatelství V.*, Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta; 2006; ISBN 80-7040-884-7
65. NOVÁKOVÁ, K. *Vietnamská rodina – synovská oddanost*, Klub Hanoj, [online], [cit.2007-01-30]  
Dostupné: <<http://www.klubhanoi.cz/pdf>>
66. NOVOTNÝ, J. *Potřebujeme aj v súčasnosti etiku a biotiku v medicíne, diagnostike a terapii?* In *Kontakt* ročník 6, číslo 3, 2004, s. 144-150, ISSN 1212-4117
67. ONDOK, J.P. *Bioetika*, Trinitas, 1999, ISBN 80-86036-24-3, 134 s.
68. PLAVCOVÁ, M. *Ústava České republiky a lidská práva*. In *Rozumíme lidským právům?* Praha, Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s.80-112, ISBN 80-90-1221-4-0
69. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů*, 1. vydání, Praha: Portál, 2004, 200s. ISBN 80-7178-885-6
70. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*, Triton, Praha, 2006, 258 s. ISBN 80-7254-866-2
71. RADKOVÁ, L., ŠOLTÉZ, L., VAVERČÁKOVÁ, M., GAŽIOVÁ, M. *Quo vadis, medicínska etika?* In: *Kontakt* 1/2007 s. 187-189, ISSN 1212-4117
72. ROZUMEK, M. *Úvod do ochrany uprchlíků v mezinárodním právu*, In: *Sociální práce s uprchlíky*, Zlín: Organizace na pomoc uprchlíkům, 2002, 5-8 s.
73. RÖSSLEROVÁ, I. *Národnostní menšiny a jak s nimi komunikovat*. [online], [cit.2006-10-11], Dostupné: <<http://www.ikaros.cz>>
74. SAMKOVÁ, J. *Interpretace sdělení o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. ročníková práce, vedoucí práce: Velemínský, M., České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2002
75. SAMKOVÁ, J. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně – aplikace v České republice se zaměřením na informovaný souhlas pacienta*, diplomová práce,

vedoucí práce: Velemínský M, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2004

76. SAMKOVÁ, J. *Právní aspekty bioetiky – vývoj a hledání partnerského vztahu mezi zdravotním pracovníkem a pacientem se zaměřením na vietnamskou a čínskou minoritu*; In.: Zdravotnictvo a sociální práce; ročník 1; č. 3 SR; ISSN 1336-9326; 2006
77. SAMKOVÁ, J. *Právní a sociální aspekty lidských práv v souvislosti s bioetikou*; výstupní materiál z projektu Grantové agentury ZSF JU; 2006
78. SAMKOVÁ, J. *Právní aspekty bioetiky – vývoj a hledání partnerského vztahu mezi zdravotním pracovníkem a pacientem se zaměřením na vietnamskou a čínskou minoritu v ČR. Příspěvek II. Vědecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou. Komplexná starostlivosť o človeka v núdzi. Prešov, Slovenská republika, 3.-4. listopadu 2006.*
79. SAMKOVÁ, J., PAPÁČEK B. *Ekonomická stránka ve výzkumném projektu pro vietnamskou a čínskou minoritu*; In.: Nové trendy v ošetrovatelství V.; Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny 19.-20.9.2006, ISBN 80-7040-884-7, 2006
80. SAMKOVÁ, J. *INFORMED CONSENT OF THE PATIENT IN THE CZECH REPUBLIC IN CONNECTION WITH THE CONVENTION ON HUMAN RIGHTS AND BIOMEDICINE*; ISSN 1512-0651; Volume 6, Number 2, 2005; Journal of Health Sciences Management and Public Health, Georgie, USA
81. SAMKOVÁ, J., VELEMÍNSKÝ, M.: *Informovaný souhlas pacienta v České republice v návaznosti na Úmluvu o lidských právech a biomedicině*; In.: Nové trendy v ošetrovatelství IV.; Sborník příspěvků konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovatelské dny; 29.- 30.9.2005 ISBN 80-7040-791-3
82. SAMKOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M., SEDLÁKOVÁ G.: *Zajištění efektivní, kulturně diferencované ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v ČR*; In.: Nové trendy v ošetrovatelství IV.; Sborník příspěvků konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetrovatelské dny; 29.-30.9.2005, ISBN 80-7040-791-3
83. SAVICKÝ, I. *Lidská Práva a lidská odpovědnost. In Rozumíme lidským právům?*, Praha, Evropské informační středisko Univerzity Karlovy, 1994, s.7-13, ISBN 80-90-1221-4-0

84. SAVICKÝ, I. *Lidská práva – práva mužů a žen?* In Člověk a jeho práva I. Lidská práva, ženy a společnost, Praha, Evropské středisko UNESCO pro výchovu k lidským právům, 1992, s.33-47, ISBN 80-901221-0-8
85. SEDLÁKOVÁ, G. *Rodinné ošetrovatelstvo, rodinná sestra a Vitnamská komunita*, Jihočeské ošetrovatelské dny, Zdravotně sociální fakulta, 2005
86. SILITKA, A. *Národní menšiny v České republice*, Praha: Nadace fond pomoci místní správě ČR, 1999
87. SIGMUNDOVÁ, M., TELEČ, I. *Několik poznámek k ochraně osobnosti ve zdravotnictví*. In Zdravotnictví a právo, Praha, roč. 2003, č. 6, s. 9-14, ISSN 1211-6432
88. SLOUP, V. *Přehled antropologických teorií kultury*, 1. vydání, Praha: Portál, 2000, 229 s. ISBN 80-7178-328-5
89. SOVOVÁ, E., MLÝNSKÁ, M., FISCHEROVÁ, F. *Jak zlepšit informovanost pacienta*. In Zdravotnictví v České republice, Praha, Bibliographia Medica Čechoslovaca, roč. 5, č. 1-2/2000, s. 81-83, ISSN 1213-6050
90. ŠERÝ, V., VOTRUBEC, C. *Lékařskogeografické problémy Vietnamu*, 6. vydání, Praha Academica, 1988, 98 s.
91. ŠIMEK J., ŠPALEK V., *Filosofické základy lékařské etiky*, Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-0440-4, 2004, 113 stran
92. ŠIMEK J. *Informovaný souhlas v medicíně*. Praktický lékař. 2006, ročník 86. č. 4 s. 230- 232. ISSN 0032-6739.
93. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci proti rasizmu*, 1. vydání Praha, Portál, 1998, 200s. ISBN 80-7178-285-8
94. ŠIŠKOVÁ, T. a kol. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9
95. ŠLENCOVÁ, M. *Komparace výsledků pedagogického procesu u dětí z etnických a národnostních menšin na ZŠ*, Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Diplomová práce, 2004
96. ŠPIDUROVÁ, L., BURSOVÁ, J., TOMANOVÁ, D., *Multikulturní ošetrovatelství ve zdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, [online], [cit.2006-10-15] Dostupné: <<http://www.kultikulturniošetrovatelstvi.cz>>



97. ŠTURMA, P. *Mezinárodní a evropské kontrolní mechanismy v oblasti lidských práv*, C.H.Beck, 2003, s.141, ISBN 80-7179-398-1
98. TESLÍKOVÁ, A. *Multikulturní přístup při ošetřování příslušníků vietnamské komunity*; [online] [25.7.2007],  
Dostupné: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=276659>>
99. TOMEŠ, I. *Sociální politika- teorie a mezinárodní zkušenost*, II. přepracované vydání, Praha:Socioklub, 2001, 262 s. ISBN 80-86484-00-9
100. TÓTHOVÁ, V. *Respektování zvláštností verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o vietnamskou minoritu*. In: Ošetrovatelství v pohybu, Sborník příspěvků z konference I. Příbramské ošetrovatelské dny Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2006, s.278-282
101. TÓTHOVÁ,V., *K problematice poskytování kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vietnamské a čínské minoritě*.In: Nově trendy v ošetrovatelství V.  
Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta; 2006; ISBN 80-7040-884-7
102. TÓTHOVÁ, V. A KOL. *Zajištění efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*, 2009, výsledky z grantu MZ ČR Zajištění efektivní ošetrovatelské péče pro vietnamskou a čínskou minoritu v České republice, 151 s. v tisku
103. VANĚK, J. *Principy obecné, ekonomické a informační etiky*, EUROLEX BOHEMIA, Praha 2005, ISBN 80-86861-54-6
104. VASILJEV, I. *Za dědictvím starých Vietů*, 1 .vydání, Praha, Etnologický ústav AV ČR, 1999, s.223, ISBN 12-75-89-1
105. VELEMÍNSKÝ,M. a kol. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU.České Budějovice*, ZSF JU České Budějovice, 2003, ISBN 80-7040-642-9
106. VESELSKÁ,R. – KURE,J. *Lidský genom – vědění, možnosti, souvislosti*.Brno, Sborník k interdisciplinární konferenci, Brno 2.-3.listopadu 2000, ISBN 80-2102447-X
107. VOJTOVÁ, P. *Kulturní diversita*, In: Problematika multikulturní výchovy v reflexi základních lidských práv Romů, 2006, ZS-DP-2299

108. VURM,V. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství pro studující ZSF JU*. České Budějovice, ZSF JU 2000, ISBN 80-7040-411-6
109. WOLF,J. *Lidské rasy a rasismus v dějinách a současnosti*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2000, 223 s. ISBN 80-246-0099-4
110. RÖSSLEROVÁ I. *Národnostní menšiny a jak s nimi komunikovat*. [online], [cit 10.11.2008]  
Dostupné: <<http://www.ikaros.cz>>
111. ZAMYKALOVÁ, L., ŠIMEK J. *Informovaný souhlas v praxi na českých klinikách*, In: *Praktický lékař*, 2007, 87, č. 7, s. 406-413, ISSN 0032-6739
112. ZÁŠKODNÁ,H. *Společenské minority a sociální práce*, 1. vydání, České Budějovice, 2000, 120 s. ISBN 80-7040-408-6

#### **Další použité zdroje**

113. *ABZ slovník cizích slov*. [online] [cit.2009-5-7]  
Dostupné z <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kulturni-diverzita>>
114. *Akční plán Rady Evropy na posílení demokratické stability V Evropě*, , In FLEGL,V. *Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv*, Praha, Nakladatelství C.H.Beck v Praze roku 1998, s. 297-299, ISBN 80-7179-204-7
115. *Aktuální otázky ochrany lidských práv v České republice*. Praha, Český helsinský výbor, 2002, ISBN 80-86436-12-8
116. *CIZINCI v České republice*, [online], [cit. 2007-27-1]  
Dostupné: <<http://www.cizincivcr.cz>>
117. *ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, Cizinci v ČR*, [online], [cit. 2007-30-01]  
Dostupné: <[http://www.czso.cz/ciz/cizinci.nsf/i/cizinci\\_v\\_cr](http://www.czso.cz/ciz/cizinci.nsf/i/cizinci_v_cr)>
118. *Čína, čínština a čínská kultura*, [online], [cit 2009-06-15]  
Dostupné: <[www.cinsky.cz](http://www.cinsky.cz)>
119. *Dvoji život banánových dětí*, [online], [cit 2009-20-07]  
Dostupné <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/nguyen-thi-thuy-duong>>
120. *ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ*, [online], [cit.2006-06-10]  
Dostupný: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>>

121. *Evropská úmluva o lidských právech a základních svobodách*, In FLEGL, V. Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv, Praha, Nakladatelství C.H.Beck v Praze roku 1998, s. 57-67, ISBN 80-7179-204-7
122. *Helsinská deklarace světové lékařské asociace, v platném revidovaném znění*, [online], [cit.2004-02-06]  
Dostupné: <<http://www.pzv.law.muni.cz/pzv-predpis-hd.htm> >
123. *Konečný návrh vysvětlující zprávy k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, Štrasburk, dne 16. prosince 1996, 580. schůze náměstků ministrů, [online], [cit.2009-10-06]  
Dostupné : <<http://www.mzcr.cz/utvary/mez/zprava.asp>>
124. *Legislativa Ministerstvo práce a sociálních věcí*, [online], [cit.2007-12-12] Dostupné: <<http://mpsv.cz>>
125. *Multikulturní centrum Praha Migrace*, [online], [cit.2007-12-01]  
Dostupné: <<http://www.migraceonline.cz>>
126. *Průvodce občana Evropskou uni.*, Praha, Distribuční středisko Ministerstva zahraničních věcí ČR, Edice Průvodce EU, Praha, 2003
127. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Praha, Ministerstvo zdravotnictví, 2000, ISBN 80-85047-26-8
128. *Úmluva o právech dítěte*. In FLEGL, V. Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv. Praha, Nakladatelství C.H.Beck v Praze roku 1998, s. 81-95, ISBN 80-7179-204-7
129. *Uzavřený svět trhovců*, Aktuálně.cz 2009, [online] [cit 2009-06-09]  
Dostupné: <[www.aktualne.centrum.cz](http://www.aktualne.centrum.cz)>
130. *Kulturní specifika Vietnamců*, Varianty, [online], [cit.2008-11-05]  
Dostupné: <<http://www.varianty.cz>>
131. *Vietnamci*. Nadační fond Dobrý soused, [online], [cit.2006-11-11]  
Dostupné: <<http://www.dobrysoused.cz>>
132. *Vietnam ENCYKLOPEDIÉ*, [online], [cit.2007-29-01]  
Dostupné: <<http://encyklopedie.seznam.cz/search/?s=Vietnam&source=2>>
133. *Vietnam a vietnamci*. Česko-vietnamská společnost, [online], [cit.2007-01-04] Dostupné: <<http://www.cvs-praha.cz>>

134. *Vietnamská rodina*. Klub Hanoi, [online], [cit.2008-10-12]  
Dostupné: <<http://www.klubhanoi.cz>>
135. *Všeobecná deklaráce lidských práv, Část druhá. Mezinárodní charta lidských práv*. In FLEGL, V. Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv. Praha, Nakladatelství C.H.Beck v Praze roku 1998, s. 25-29, ISBN 80-7179-204-7
136. *Wikipedia*, otevřená encyklopedie [online] [cit.2009-20-6]  
Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Etnikum>

## **10. KLÍČOVÁ SLOVA**

informovaný souhlas – vyšetření a diagnostický zákrok – vietnamská a čínská minorita v ČR