



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Fenomén stigmatizace v komunikaci mezi sestrou a pacientem

Vypracovala: Hana Trojanová

Vedoucí práce: Mgr. Radka ŠULISTOVÁ, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na fenomén stigmatizace v komunikaci mezi pacientem a sestrou. Termín stigmatizace představuje přemýšlení ve stereotypech a celkový přístup s předem stanovenou vizí, která mnohdy nemusí být reálně podložena. Tyto předsudky se pak objevují zejména v oblasti komunikace. Jedná se o připisování záporných vlastností a častování nevhodnými pojmenováními. Takové jednání může vést až k sociální izolaci.

Bakalářská práce mapuje problematiku stigmatizace a možného užívání tzv. "nálepek" v komunikaci mezi pacientem a sestrou v rámci ošetrovatelského procesu. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na informovanost sester o termínu stigmatizace a dále bylo zjišťováno, jaký postoj sestry zaujímají k pacientům, kteří mohou být díky svojí odlišnosti mnohem více ohroženi tímto fenoménem. Z tohoto důvodu byli do výzkumného šetření zahrnuti obézní pacienti, pacienti s psychickou poruchou, dále klienti bez domova, národnostní menšiny, pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu či drogách a v neposlední řadě také ti, kteří mají jakoukoliv formu tělesného postižení. V bakalářské práci se také soustředíme na to, jak tito klienti vnímají spolupráci se sestrami během hospitalizace, zdali zaznamenali rozdíly v komunikaci s nimi a jinými pacienty a také nás bude zajímat, jestli se po dobu své hospitalizace setkali s užíváním stigmatizujících pojmů a v jaké podobě.

Empirická část práce byla realizována kvalitativně a ve výzkumném šetření byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli vyhledáváni až do teoretického nasycení vzorku, kdy se jednotlivé odpovědi začaly opakovat. Počet respondentů tvořilo pět zdravotních sester z každého oddělení, tedy sestry z řad lůžkových a pro srovnání i ambulantních oddělení. Rozhovor byl realizován celkově s patnácti sestrami. Vzhledem k validitě šetření byli do výzkumného souboru zařazeni i lidé, kteří patří k výše zmiňované skupině pacientů inklinujících ke stigmatizaci a zároveň byli někdy hospitalizováni. Ti tvořili vzorek osmi respondentů. Výzkum byl prováděn se sestrami pracujícími na odděleních standardní nemocnice a dále v

psychiatrické nemocnici, na oddělení zaměřeném na léčbu závislostí. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a pacienty. Hlavním cílem bakalářské práce bylo, odkrývání jevů vztahujících se k přítomnosti stigmatizace během komunikace mezi sestrou a pacientem. Dílčím cílem bylo poukázat na skutečnost, že fenomén stigmatizace se týká i komunikace vedené mezi sestrou a pacientem. Zkoumáno bylo i to, jaké konkrétní projevy stigmatizace v komunikaci sestra užívá. Podle těchto cílů byly následně stanoveny výzkumné otázky. Empirická část práce pak nese výsledky kvalitativního přístupu výzkumného šetření. Při uskutečňování rozhovorů bylo ve většině případů užito ručního přepisu, z důvodu nesouhlasu respondentů s nahráváním na diktafon. Výsledky byly následně detailně zkoumány v rámci analýzy uskutečněné kódováním. Pro zpřehlednění jsou některé z nich uvedeny v tabulkách a konečných shrnutích na konci každé kategorie.

Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplynulo, že všechny mají určité znalosti o stigmatizování pacientů, které se může negativně projevit v různých sférách jejich života, a všechny se také s takovými klienty v praxi setkaly. Zjištěno bylo, že zdravotní sestry ve většině případů opravdu stigmatizují a to nejvíce klienty bez domova, o kterých si některé myslí, že pouze zneužívají hospitality a mohou být nebezpeční. Dále si o pacientech léčených e závislosti myslí, že jsou nakaženi přenosnou chorobou a taky, že jsou nespolehliví. Některé sestry mluví o klientech s psychickou poruchou jako o těch, kteří bývají problémovější a stejně tak o alkoholících a cizincích. Zároveň ale bylo z výpovědí zjištěno i to, že se sestry snaží zachovávat si profesionální roli a nedělat mezi lidmi rozdíly. Z rozhovorů s pacienty bylo ve většině případů potvrzeno příkladné chování zdravotních sester. Pacienti vnímali pobyt v nemocničním zařízení většinou jako přínos a neměli problémy s žádnou ze sester. Na druhou stranu nebylo tomu tak u všech dotazovaných. Ve třech případech se objevovaly na adresu drogově závislých a psychicky nemocných pacientů nadávky a u respondentky patřící k národnostní menšině také nedostatek zájmu a přehlížení.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry mají jisté nedostatky v oblasti stigmatizace a proto by získané údaje mohly sloužit jako zdroj, přispívající k jejich vyšší informovanosti o této problematice. Tímto by se předešlo poškozování pacientů

jak při verbální, tak neverbální komunikaci. Dále je důležité, aby sestry v rámci svého studia byly mnohem více vzdělávány o této problematice. Tato práce otevírá možnost dalšího vědeckého zkoumání v této oblasti.

Klíčová slova

Stigma; komunikace; nálepkování; destigmatizace; sestra

Abstract

This bachelor thesis is focused on phenomena of stigmatization in communication between a patient and a nurse. A term of stigmatization represents thinking in stereotypes and a general attitude with a predetermined vision, which is usually not based on reality. These prejudices appear in the field of communication. It is about connecting negative features and treating with inappropriate naming. Acting like this can lead to social isolation.

This bachelor thesis maps a problem of stigmatization and possible using of so-called "stickers" in communication between a patient and a nurse within a nursing process. The research survey was focused on the awareness of nurses about the term of stigmatization and also it was investigated what attitude nurses occupy towards patients who could be, thanks to their difference, much more compromised by this phenomena. That was the reason why the research survey included obese patients, patients with psychic disorders, also homeless clients, national minorities, patients recovering from alcohol or drug addiction and last but not least those who have any kind of physical disability. In this bachelor thesis we focus also on how these clients perceive the cooperation with nurses during the hospitalization, if they registered any differences in communication with them and other patients and we will be also interested if they have met with the use of stigmatizing terms and in what form.

The empirical part of this thesis was carried out qualitatively and in the research survey the method of semi structured interviews was used. The respondents were sought to the theoretical saturation of the sample, where the individual answers started to repeat. The number of respondents consisted of five nurses from each department, nurses from inpatient departments and for comparison nurses from outpatient departments. The interview was carried out with fifteen nurses in total. Due to the validity of the survey the research group included also people who belong to the aforementioned group of patients tending to stigmatized and who have also been hospitalized in the past. They consisted of a sample of eight respondents. The research was conducted with nurses working in departments of a standard hospital and in a

psychiatric hospital, in the department focused on addiction treatment. Data collection was conducted through semi structured interviews with nurses and patients. The main aim of this thesis was uncovering of the phenomena related to the presence of stigmatization during the communication between nurse and patient. A secondary aim was to highlight the fact that the phenomenon of stigmatization also applies to communication between nurse and patient. It was also investigated what specific expressions of stigmatization in communication nurse uses. Research questions were subsequently determined according to these aims. The empirical part of this thesis then carries the results of qualitative research. When carrying out interviews the use of manual transcription was used in most cases, due to disagreement with respondents with recording on a dictaphone. The results were then examined in detail in the analysis made by coding. For clarification purposes, some of them are listed in tables and final summaries at the end of each category.

The results of interviews with nurses showed that they all have some knowledge about the stigmatization of patients, which may reflect negatively in different spheres of their lives, and all of them also came in touch with such clients in practice. It was found that nurses in most cases really stigmatized, the most clients who are homeless, of which some think that they are misusing the hospitality and can be dangerous. Furthermore they think that the patients treated from addiction are infected by a contagious disease and that they are unreliable. Some nurses talk about clients with mental disorders as those who tend to be more problematic, as well as for alcoholics and foreigners. But it was also found from interviews that nurses try to maintain a professional role and not to make differences between people. Interviews with patients in most cases confirmed exemplary behavior of nurses. Patients perceive staying in hospital mostly as a benefit and they had no problems with any of the nurses. On the other hand in three cases there appeared insults to the address of drug addicts and mentally ill patients and one patient belonging to national minority complained about lack of interest and marginalization.

It was found from the research that nurses have certain deficiencies in terms of stigmatization and therefore the obtained data could serve as a resource contributing to

their increased awareness of this issue. This would prevent harming patients as in verbal and nonverbal communication. It is also important that nurses were much more educated on this issue in their studies. This thesis opens up the possibility of further scientific research in this area.

Keywords

Stigma; communication; labeling; destigmatisation; nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2016

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za cenné rady a metodické vedení mé práce. Také děkuji všem respondentům z řad pacientů a sester, kteří mi ochotně poskytli rozhovory.

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV.....	13
1.1 Stigma a stigmatizace ve vztahu k ošetrovatelství.....	13
1.1.1 Vymezení pojmu stigmatizace	13
1.1.2 Dopady stigmatizace na lidskou psychiku a společnost	14
1.1.3 Destigmatizace v České republice	15
1.2 Role komunikace v ošetrovatelské péči.....	16
1.2.1 Vymezení pojmu komunikace v ošetrovatelství	18
1.2.2 Úloha verbální komunikace v ošetrovatelství	19
1.2.3 Úloha neverbální komunikace v ošetrovatelství	20
1.3 Skupiny potencionálně stigmatizovaných pacientů.....	20
1.3.1 Stigmatizace pacientů závislých na alkoholických a nealkoholických drogách	21
1.3.2 Stigmatizace pacientů bez domova	23
1.3.3 Stigmatizace pacientů s tělesným postižením	25
1.3.4 Stigmatizace pacientů s obezitou	27
1.3.5 Stigmatizace pacientů národnostních menšin	29
1.3.6 Stigmatizace pacientů s psychickou poruchou.....	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3 METODIKA	35

3.1	Metody a techniky sběru dat.....	35
3.2	Výzkumný soubor	35
3.3	Realizace výzkumu	36
4	VÝSLEDKY	38
4.1	Výsledky rozhovorů s pacienty	38
4.1.1	Identifikační údaje pacientů	38
4.1.2	Hodnocení hospitalizace pacienty	38
4.1.3	Hodnocení přístupu sester pacienty	39
4.1.4	Chování sester k pacientům	40
4.1.5	Hodnocení komunikace pacientem se sestrami.....	41
4.2	Výsledky rozhovorů se sestrami	43
4.2.1	Identifikační údaje sester.....	43
4.2.2	Postoj sester k pacientům	43
4.2.3	Stigmatizování ze strany sester	45
4.2.4	Stereotypy sester vůči potencionálně stigmatizovaným lidem	47
4.2.5	Obavy sester z potencionálně stigmatizovaných pacientů	49
4.2.6	Spolupráce s potencionálně stigmatizovanými pacienty.....	51
4.2.7	Komunikace s potencionálně stigmatizovanými pacienty	53
5	DISKUZE.....	55
6	ZÁVĚR	65
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67

Úvod

S termínem stigmatizace se v současnosti setkáváme v mnoha sférách a zejména v pomáhajících profesích. Stigma neboli takzvané nálepkování, anglicky pak labeling, je totiž aktuálním tématem, se kterým se lze potkat zejména v médiích, periodicích či jiných veřejně přístupných publikacích. Nezřídka kdy také v diskuzích či běžné mluvě na veřejnosti.

Stigmatizace představuje přemýšlení ve stereotypch, od něhož se nadále odvíjí samostatný přístup k znevýhodněnému jedinci, ke kterému se později společnost staví odlišně. Takový člověk pak bývá vyčleněn ze společnosti či jinak sankcionován za svoji jinakost. Může se jednat například o tělesný a psychický handicap či odlišnou etnicitu. S takovými často nepodloženými předsudky se setkáváme velmi často v komunikaci, kdy jsou jedinci připisovány záporné vlastnosti na základě neznalosti nebo obavy z odlišnosti. I pacienti v nemocničních zařízeních se mohou stát snadnými terči udělování nálepek, které mohou vést až k jejich psychické ujmě a sociální izolaci.

V bakalářské práci se zaměříme právě na problematiku komunikace mezi sestrami a pacienty při ošetrovatelské péči s důrazem na možnou stigmatizaci ze strany sester. Při rozhovorech se sestrami budeme zjišťovat jejich informovanost v oblasti stigmatizování a také, jaký postoj zaujímají k pacientům s psychickou poruchou, tělesným či psychickým znevýhodněním, pacientům bez domova, příslušníkům národnostních menšin a pacientům s diagnózou obezity. Šetření bude zároveň provedeno i mezi pacienty. V práci se zaměříme na dotazování sester a pacientů na chirurgických a interních odděleních. Dále také na oddělení léčby závislosti v psychiatrické nemocnici.

Cílem této práce je poukázat na možné rizikové skupiny pacientů, kteří by mohli být stigmatizováni a především prohloubit znalosti sester o této problematice. Zároveň bude prokázáno, jestli jsou i sestry zdrojem stigmatizace pacientů. Dále rozhovory zjistíme, jaký vliv má na psychiku pacientů nevhodná komunikace se zdravotníky. Prohloubením znalostí v dané problematice by v budoucnosti mohlo být zabráněno přiznávání nevhodných pojmenování těmto skupinám nejen z řad personálu nemocnic, ale i široké veřejnosti.

1 Současný stav

1.1 Stigma a stigmatizace ve vztahu k ošetrovatelství

1.1.1 Vymezení pojmu stigmatizace

Mít stigma, znamená podle Goffmana (2003), být nějak odlišný a pro společnost méněcenný. Stigmatizovaní bývají mnohdy diskriminováni. Na základě jednoho rysu pak máme tendence připisovat i další záporné vlastnosti.

Stigmatizace, nálepkování nebo anglicky labeling tvoří přiznání méněcennosti, jež není podloženo reálnými fakty a následně vyvolává ve společnosti záporný přístup k onomu jedinci. Může se projevovat ve snaze vyhnout se takto označovaným jedincům např. v sociální sféře, v bydlení či ve volném čase (Höschl et al., 2004). Pro naši práci dále používáme výraz stigmatizace.

Z dob starověkého Řecka víme, že právě tam vzniklo slovo stigmatizace. Řekové jím označovali somatické odlišnosti člověka (nejčastěji zloděje nebo otroka), které měly vypovídat o něčem nemorálním a jiném v negativním slova smyslu. Šlo o takzvané „cejchování“, kdy těmto jedincům byl onen znak vypalován či vyřezán do kůže, aby tak na první pohled poukázal na to, že takovému pošpiněnému jedinci je lepší se vyhýbat (Goffman, 2003).

V historii byli stigmatizováni především pacienti s pohlavními chorobami, duševně nemocní či lidé s příznaky lepry a tuberkulózy (Kusá, Ondrejka, 2006).

Dnes již vnímáme stigma jako vlastnost samotnou, která je buď viditelná např. amputace končetiny, deformace, či není vidět. Stigmatizace se promítá nejvíce v sociální sféře, jako jsou vazby s partnerem, způsob bydlení ale i v zaměstnání či volném čase. Postižený člověk se potýká se sníženým sebevědomím, odmítáním okolím a často mívá i nižší sebevědomí. Ze strachu, že ho společnost zavrhne nebo dostane kvůli svojí diagnóze nálepkou, omezuje svoje společenské vazby a propadá stresu. Může dojít až pokročilému stádiu izolace. Pacienti v nemocnicích právě kvůli těmto obavám

mohou mít problém se sdělováním svých potřeb a emocí a dokonce odmítají medikaci. (Marková et. al., 2006).

S udělením stigmatu se setkává i rodina pacienta. Pobyt v psychiatrické nemocnici je i v současnosti pokládán za velký společenský cejch. Svůj podíl v tomto negativním vnímání mají i média, která někdy vykreslí psychicky nemocné jako podivné či násilné jedince, kteří budí znepokojení a strach. Po propuštění z psychiatrických zařízení proto dále pacienti mohou svůj zdravotní stav zatajovat nebo popírat ze strachu z reakce okolí. I sestry, které pracovaly na psychiatrii dostávaly přezdívky a byly vnímány jako méně kvalifikované než ty, které byly zaměstnány na lůžkových odděleních standardních nemocnic (Marková et. al., 2006).

1.1.2 Dopady stigmatizace na lidskou psychiku a společnost

Jak už bylo zmíněno v předešlé kapitole, následky stigmatizace jsou patrné zejména v sociální a emoční sféře.

Pacient se může potýkat se sociálním a existenčním ohrožením. Své problémy před okolím často bagatelizují, omítají o nich před okolím mluvit a ostatních se straní (Praško, 2007).

Proces, kdy pacient nálepkou, kterou obdržel od společnosti či už jen samotnou obavu, že by ji mohl obdržet, nazýváme sebeznačkování. Tento člověk začne věřit tomu, co o něm okolí říká, rezignuje na aktivní integraci do společnosti a zaujme pasivní roli. Trpí pocitem hanby, záměrně se vyčleňuje z kolektivu a může se uchýlit až sebepoškozování a sebevražedným tendencím (Kusá, Ondrejko, 2006).

Konkrétním dopadem stigmatizace je dle Peče (2015) pro pacienty s psychiatrickou minulostí vyšší nezaměstnanost. Ve světě je těchto lidí zaměstnáno kolem 10% až 30%. Oproti lidem a výrazným tělesným handicapem, kde se čísla pohybují kolem 20% až 40%. I tak je zde, ale patrná míra jisté diskriminace v obou případech. Možnost stigmatu duševní choroby bývá vnímáno také jako překážka pro náležitou odbornou psychiatrickou péči. Pacienti často vyčkávají a neléčí se, tak jak by bylo žádoucí.

1.1.3 Destigmatizace v České republice

Destigmatizace neboli snižování stigmatu v dnešní době může mít řadu forem, jak uvádí ve své publikaci Ocisková a Praško (2015). Jde o to, aby pacient znovu nabyl ztracené sebedůvěry, nebyl izolován, ať už záměrně sebe samým či okolím a byl na něj přehodnocen názor a jednalo se s ním bez jakýchkoliv předsudků

V České republice byl v roce 2004 proveden výzkum DEMA, který zkoumal postoj k schizofrenii laické veřejnosti. Dotazováno bylo 667 respondentů. Z výzkumu vyplynulo, že 19% lidí si myslí, že osoby se schizofrenií působí rozpolceně, 17%, že bývají těkaví a až 11% je nazvalo divnými. Po 7% si dotazovaní myslí, že pacient se schizofrenií je vlastně blázen a je nebezpečný. 26% respondentů dále řeklo, že kontakt s takto znevýhodněnými jedinci je znepokojuje (Ocisková, Praško, 2015).

Je důležité nastolit v tomto ohledu zdravotnickou osvětu a výchovu. Je známo, že informovanost veřejnosti například ohledně psychických chorob je velmi nízká. Lidé vědí velmi málo o chování osob s různými typy psychických poruch či jejich léčbě. Nutné je přehodnotit samo vnímání a proces utváření stigmatu. Stigmatizaci je velmi snadné jednoduše zařadit k pocitu odlišnosti, pokud ale jednotlivce společnost vnímá jen podle vyčnívajících znaků, je jí tím více vzdálená a brána za ohrožující. Je také žádoucí změnit přístup publikace některých násilných činů prezentovaných v televizi či na internetu. S psychicky nemocných se tak stává senzace, protože poukázání na jejich jinakost nikdy nebude opomenuta. Důležité je taky změnit postoj odborníků, kteří s cílovými skupinami pracují a to formou systematických výcviků, které se zaměří i na zdroje, které pacient používá k adaptaci. Velmi významnou formou destigmatizace jsou také svépomocné skupiny, která mají znevýhodněným pacientům poskytnout pocit sounáležitosti, pochopení a navázání důvěry jak mezi pacienty, tak v jejich rodinách (Praško, 2007).

Na závěr této kapitoly si uvedeme několik kampaní, které byly v Česku uskutečněny na podporu pro boj se stigmatizací.

Jedná se o: *„Destigmatizační kampaně, veřejné diskuse, přednášky, programy stimulující zaměstnanost duševně nemocných, terénní a krizové týmy zvyšující*

léčitelnost závažně nemocných, posilování uživatelských hnutí a organizací, zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných“ (Peč, 2015).

Jednou z destigmatizačních kampaní nesla název „Mezi ploty“, kde se každý rok již od devadesátých let shromažďuje široká veřejnost v areálu pražských Bohnic, za účelem dvoudenních koncertů. Další kampaň se zaměřila na celkem 6 základních škol v Praze a jmenovala se „Blázníš? No a?“. Velmi zajímavé bývají i každoroční „Týdny pro duševní zdraví“, kde veřejnost může navštívit workshopy, koncerty či kulaté stoly (Peč, 2015).

V této souvislosti je dobré zmínit také tzv. pochod hrdosti Prague Pride, který je v České republice již tradičně každoročně pořádán. Jedná se o dobrovolnou, neziskovou a nevládní organizaci, která se snaží prosadit větší toleranci občanů vůči lesbické, gay, bisexuální a transgender (LGBT) komunitě a napomáhá tak proti homofobii, tedy strachu a nenávisti vůči těmto skupinám obyvatelstva. Jedná se o pochod městem, který doprovází hudba i tanec (Prague Pride, 2015).

V Česku v roce 2015 také probíhá kampaň, nesoucí název „Dej si bacha!“, která šíří osvětu o pohlavní chorobě AIDS a tak se snaží předejít nákaze virem HIV (Zdravotnický deník, 2014).

1.2 Role komunikace v ošetrovatelské péči

V této kapitole se zaměříme na roli komunikace v ošetrovatelské péči, neboť je pro výkon sesterského povolání velice důležitá a hraje nezastupitelnou roli.

Pro každou profesi, při které se pracuje s lidmi, je nutné mít jisté sociální dovednosti. Schopnost uspokojujivé interakce s pacienty, ale i spoluzaměstnanci je ve zdravotnictví obzvláště významná. Jedná se o profesionální vybavení (Venglářová, Mahrová, 2006).

V praxi se rozlišují tři základní typy profesionální komunikace, která je na prvním místě v přístupu k nemocnému jedinci. Prvním typem je sociální komunikace jedná se o běžnou každodenní mluvu při poskytování základních aspektů péče. Například při stlání

postele, poskytování ranní hygieny aj. Uskutečňuje se v nemocnici. Další je specifická komunikace, zde hovoříme o individuální formě edukace všeobecné sestry pacientovi, kde je kladen důraz na zpětnou vazbu. Ověříme si tak, zdali pacient pochopil, co se po něm žádá. Při terapeutické komunikaci je důležité, aby každý zdravotnický pracovník bral v potaz, že většina nemocných se na území nemocnice potýká se závažnými, mnohdy život ovlivňujícími informacemi. V takových chvílích je prioritní být pacientovi nablízku a poskytnout mu oporu, zároveň také nebrat naději. Terapeutická komunikace probíhá zejména jako rozhovor, kdy uklidňuje sestra pacienta před operací, podporuje jeho soběstačnost, nové vytyčení cílů a motivace ke smyslu života (Kelnarová, Matějková, 2009).

V každé situaci musí být zdravotníkem správně zhodnocena situace, míra stresu, ve které se nemocný nachází a dle toho adekvátně komunikovat. Nesprávně zvolená mluva může zapříčinit komunikační šumy a nedorozumění. Je nutné mít na paměti, že pacient bývá většinou laik a tudíž nebude rozumět odborných výrazům. Vyskytnout se může celá řada fenoménů, které znesnadňují porozumění danému sdělení. Jedná se o moralizování, etiketizaci, nevhodný humor, podceňování pacienta, srovnávání obtíží s jinými hospitalizovanými či sebou samým. Dále ze strany sester problémy činí nesoustředěnost, nedostatek empatie, skákání do řeči a netrpělivost. Vhodně zvolená mluva může předejít závažnému jevu zvanému sororigenie, (poškození pacientova zdraví sestrou). Úloha verbální i neverbální komunikace je v ošetrovatelském procesu nezastupitelná. Měla by se také držet přesných zásad. Mluva by měla být jasná, stručná a srozumitelná (Špatenková, Králová, 2009).

Rozhovor mezi pacientem a sestrou je velmi důležitý, jak uvádí Zacharová (2007), neboť nám podává informace o zájmech, motivech přáních a plánech pacienta. Všechny důležité informace, které zdravotník rozhovorem získá, by měly být zaneseny do ošetrovatelské dokumentace a dále využívány v ošetrovatelském procesu. Správně vedeným rozhovorem lze navodit změnu psychického stavu, osobnosti i chování pacienta po dobu hospitalizace. Pacienta lze tímto způsobem motivovat, povzbudit a vysvětlit mu danou situaci. K nemocnému je nutné mít pozitivní vztah, chápat jako bio-psycho-sociální jednotu s individuálními potřebami a bez rozdílu ke všem pacientům

chovat úctu a empatii. K základním výbavám každé zdravotnické sestry by mělo být aktivní naslouchání, které neznamená pouze slyšet, ale i porozumět a vcítit se. Dále by sestra měla zvládat reflektovat, což je součást zpětné vazby. Měla by zároveň vědět, kdy pacienta podnítit k rozhovoru a vytušit, kdy je lepší mlčet a jen naslouchat.

1.2.1 Vymezení pojmu komunikace v ošetrovatelství

Komunikace je velmi důležitým aspektem v životě každého člověka. Je tedy jasné, že svoji nezaměnitelnou úlohu bude hrát i v rámci ošetrovatelství a spolupráce s pacienty. Komunikace probíhá neustále, protože se neděje pouze výměnou slovních informací, ale i neverbálně. Obzvláště zdravotnická komunikace si vyžaduje specifické dovednosti, které musí každý pracovník v této sféře zvládat a je na ně systematicky připravován během svého studia (Zacharová, 2007).

Pojem komunikace znamená ve svojí podstatě přenos informací, což se děje pomocí signálů, které mohou být ústní nebo písemné. Dále k nim řadíme mimiku, gesta a jiné neverbální projevy. Probíhá jako dialog při rozhovoru dvou či více osob. Komunikovat také můžeme pomocí rozhlasu, televize, radia, tisku, ale i online po internetu. Komunikuje naprosto každý člověk bez výjimky, dokonce i ten, který je němý, protože sdělení probíhá i v rovině gest, či našich výrazů tváře, tedy mimiky. Důležité je si vždy naplánovat, co chceme říct a kdy, kde a jakým způsobem tak učiníme (Janáčková, Weiss, 2008).

Při komunikování je naším hlavním cílem zejména dorozumění se, to znamená interpretovat svoje myšlenky takovým způsobem, aby byly pro posluchače srozumitelné. Komunikace je neustálým živým procesem, který má vlastní dynamiku a kontinuitu, a při které si zároveň s druhou osobou vytváříme vztah. Komunikační proces má svoje složky, které vždy musí fungovat, aby došlo k přenosu informací. (Špatenková, Králová, 2009).

1.2.2 Úloha verbální komunikace v ošetrovatelství

Při verbální komunikaci dochází k výměně informací pomocí slov, která mohou být buď v psané či mluvené formě. Dochází také k odlišnému výkladu smyslu slov a v důsledku toho snadno nastává nepochopení. Samotný rozhovor probíhá v rovině otázek. Ty rozdělujeme na otevřené, polootevřené či uzavřené a podle toho na ně dostaneme patřičnou odpověď. Je zřejmé, že na otázku otevřenou existuje pouze jednoznačná odpověď, která bude strožejší než na otázku uzavřenou, kde osobě, se kterou hovoříme, přenecháme větší pole působnosti pro delší odpověď. Setkáváme se i dalším členěním, kde figurují otázky řečnické, sugestivní, projektivní, manipulativní a mnohé další (Quisová, 2009).

Je známo, že komunikace má spojitost s lidskou psychikou. Ta je ukotvena v podstatě lidského bytí. Je nezastupitelná při udržitelnosti rozvoje života pomocí interakce. Každé sdělení v nás vyvolá nějakou odezvu. Zde je tedy patrný vztah s lidským prožíváním (Janoušek, 2007).

Abychom dosáhli co možná nepřesnějšího pochopení naší otázky, musí dojít nejprve k vlastnímu vyjasnění motivů a poté správně zvolit slova a věty, které použijeme (Janáčková, Weiss, 2009).

K zásadám správně vedené verbální komunikace patří asertivita, což je schopnost, kdy mluvčí svobodně vyjadřuje svůj názor, se snahou neurazit komunikační partnery, ale zároveň si obhájil svůj postoj. Asertivní chování by nemělo vykazovat známky agrese ani pasivity. Člověk se díky němu nenechá zmanipulovat a dokáže čelit agresi a kritice. Asertivitu je možné se naučit a to tréninkem (Zeisbergerová, 2011).

Protikladem asertivity je manipulace. Jedná se ovlivňování lidí, které má za úkol v dotyčné osobě vyvolat pocity viny. Ten, se kterým je manipulováno, má vždy porušená svá práva. Jedna z možností, jak zabránit v manipulaci jsou asertivní práva, které má každý jedinec (viz *Příloha I*). Asertivita je důležitou vlastností mnohých povolání (Quisová, 2009).

1.2.3 Úloha neverbální komunikace v ošetrovatelství

Dalším druhem je neverbální komunikace, kterou rozumíme druh sdělení, při kterém si předáme zprávou beze slov. Nonverbální komunikace může probíhat pomocí gestiky (gesta), proxemiky (přiblížení či oddálení od posluchače), haptika (doteky), posturika (postoje), ale zapojuje se zde i pohled z očí do očí, výška hlasu a jeho důraz, výrazy obličeje, paralingvistika, chronemika aj. Komunikujeme i úpravou vlastního zevnějšku. Rozlišujeme také tzv. komunikační dovednosti, do kterých spadá schopnost naslouchat, pozorovat, vcítit se do druhého a tím tak projevit zájem a respekt k druhé osobě. Neverbálně lze sdělit naše momentální nálady, naznačit zájem, vytvořit dojem o sobě samém, zároveň ovlivníme i postoj osoby, se kterou komunikace probíhá, a regulujeme vzájemný styk (Janáčková, Weiss, 2008).

Z výrazů tváře a pohledů z očí do očí lze vyčíst mnohé. Jsou zde patrné naše emoční prožitky vůbec nejčitelněji z celé škály neverbálních projevů. Pozdvižené obočí zpravidla signalizuje zájem či údiv, úsměv je pak symbolem dobré nálady a porozumění. U některých kultur jsou ale mimické prvky vykládány odlišně a proto na něj nemůže být vždy spolehnutí (Zeisbergerová, 2011).

Interpersonální mluva je ta, kterou vedeme se svým okolím. Tento druh komunikování může probíhat i masově k většímu publiku. Jedná se například o internet, televizi či rozhlas. Vymezuje se také komunikace interkulturní mezi příslušníky rozdílných kultur. Liší se zvyklostmi, jazykem, morálkou, zákony nebo časovým pásmem. Lze hovořit o zdravé neboli kvalitní komunikaci, která se řídí jistými zákonitostmi, tak aby nevyvolala zvýšenou odpověď neurovegetativního systému (bušení srdce, svírání žaludku, pocení).

1.3 Skupiny potencionálně stigmatizovaných pacientů

Existují skupiny lidí, kteří budou v rámci stigmatizace mnohem více ohroženi nežli ostatní. Jedná se zpravidla o menšinovou společnost. Člověk jako jedinec se může lišit

od většinové společnosti mnoha způsoby. Ať už se jedná o barvu pleti, rozdílné náboženství, sociální vrstvu nebo etnicitu (Průcha, 2001).

V následující kapitole se zaměříme na pacienty, kteří právě mohou být při hospitalizaci stigmatizováni ze strany sester.

1.3.1 Stigmatizace pacientů závislých na alkoholických a nealkoholických drogách

Skupinou pacientů, kteří tvoří specifickou skupinu pacientů, se kterými je možné se setkat v rámci ošetrovatelské péče, tvoří lidé závislí na alkoholu a drogách. Definicí závislosti je poměrně mnoho. Dle Mezinárodní klasifikace nemoci se jedná o chování, při němž člověk dává přednost užití nějaké látky, před činností, kterou měl před tím raději. Jde o silnou tužbu, se kterou dotyčný nemá sílu bojovat a zpravidla bývá přemožen. Toto bažení po látce si nemocný uvědomuje, ale mnohdy nepřiznává a potýká se s pokusy přestat s užíváním. Většinou však neúspěšně. Aby bylo možné započít účinnou léčbu, je třeba, aby byly přítomny tyto varovné signály: nadměrná přemáhající touha po droze, neschopnost kontrolovat užívání látky, nutnost užít látku kvůli potlačení fyzických odvykacích symptomů, zvyšování tolerance (nutnost stálého zvyšování dávky drogy k navození žádoucího stavu), dávání přednosti droze na úkor jiných zájmů, neschopnost přestat s užíváním i přes negativní dopad na zdraví (deprese, nákaza virovou žloutenkou při intravenózní aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu aj.). Závislost se netýká pouze nelegálních drog, ale i těch, které jsou volně distribuovány. Hovoří se především o alkoholu, cigaretách a kávě (Minařík, 2015).

Závislost může být na psychoaktivních látkách, jako jsou opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, kofein, alkohol, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla. Tyto drogy vyvolávají stav akutní intoxikace, který je přechodný a projeví po fyziologické, psychické i behaviorální stránce. Účinek závisí na množství dávky i okolnostech užití. O škodlivém užívání dané látky můžeme hovořit z dlouhodobějšího hlediska, kdy dojde k poškození zdraví. Jedná se o poškození nervového aparátu,

například depresivní stavy či somatické při nakažení se hepatitidou. V momentě, kdy se seskupí kognitivní, fyziologické a behaviorální příznaky, hovoříme o tzv. syndromu závislosti. Ten přichází při opakovaném užívání látky (Marková, 2006).

Dle Minaříka (2015) se závislost projevuje po stránce fyzické a psychické. Fyzická složka je více vnímána jako zdroj veškerých problémů a psychická bývá často brána na lehkou váhu. Většinová společnost, uživatelé i jejich nejbližší zastávají názor, že po vysazení drogy a překonání „abst'áku“ je problém závislosti vyřešen. Dále již stačí jen vydržet o pevné vůli. Opak je však pravdou. Psychická závislost na droze se mnohem hůře ovládá. Právě kvůli ní existují četná doléčovací centra a terapeutické komunity. Kvůli ní velmi často dojde k recidivě i po několika letech abstinence. Vždy je nutné přehodnotit celé myšlení, postoje i styl života a sociálních vztahů.

Důvodů, proč lidé začínají užívat návykové látky, najdeme mnoho. Hlubší kořeny závislosti často tkví v nutkání se vyhnout bolesti či ji zmírnit. Dále také nalezení klidu. Do této motivace spadá i bolest z nudy a neuspokojení, anebo vlastní nízké sebevědomí a ohodnocení. Dalším motivem může být touha cítit se výkonně, plný energie, dosažení euforického stavu či zbavení se zábran. Lidé závislí také odůvodňují svůj návyk tím, že se snaží splynout s vyšším božstvem a tak tedy nějakým způsobem překročit sami sebe. Drogy jsou stále oblíbenější i mezi mladšími věkovými kategoriemi. To bývá zapříčiněno například potřebou patřit k nějaké skupině nebo snaha začlenit se kvůli zjevné odlišnosti (rozdílná rasa, sociální status apod.) do kolektivu (Kalina, 2008).

Jednu z nestigmatizovanějších závislostí tvoří lidé závislí na alkoholu. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že na světě v roce 2004 žilo až 76,3 milióny osob závislých na alkoholu. Tito jedinci svoji závislost dlouhou dobu tají, neboť mají strach, že ztratí práci a odnesou si nálepku méněcenných. Do nonverbálních projevů stigmatizace řadíme sociální vyčlenění, se kterým se běžně setkávají. Společnost je nazývá zpravidla jako příživníky, neboť náklady na jejich léčbu zaštiťuje zpravidla veřejné či státní zdravotní pojištění. Veřejnost dále říká, že osoby léčící se ze závislosti na alkoholu, nesou mnohem větší odpovědnost na vzniku svého onemocnění než například osoby se schizofrenií. V širším měřítku je na závislost na alkoholu brána mnohem menší zřetel než na jiné závislosti. Často bývají vnímáni jako nepředvídatelní a

nebezpeční ve svém chování. Setkávají se tedy jak s oběma formami stigmatizace v komunikaci. Na druhou stranu nejsou označováni jako psychicky nemocní (Schomerus et al., 2011).

U pacientů se závislostí na alkoholu či drogách se v době abstinence, (která často nastává v nemocnici) může projevit delirium tremens, což je stav spojený s halucinacemi, rozrušením až agresivitou. Při kontaktu s pacientem, který jeví známky neklidu, zmatenosti anebo různých forem agrese, je nutné volit při rozhovoru přiměřený tón hlasu a působit vyrovnaně. Důležité je rovněž projevení empatie a užívání krátkých a srozumitelných vět. Tímto způsobem je možné předejít mnohým negativním konfrontacím (Petr et al., 2014).

1.3.2 Stigmatizace pacientů bez domova

V této podkapitole se budeme zabývat tím, jak na lidi bez domova nazírá většinová společnost.

V 70. letech 20. století se v Evropě užívalo slovo *les exclus*, což znamenalo ve francouzštině lidi žijící v chudobě. Dnes již víme, že lidé, kteří trpí chudobou, vždy nemusí být sociálně vyloučenými a proto, aby byl někdo vyloučen ze společnosti, nemusí být vždy chudý. V legislativě je jasně dáno, že všichni bez výjimky mají právo na rovný přístup. Je však diskutabilní, do jaké míry je tato norma dodržována, neboť stále více občanů je ohroženo hmotnou nouzí. Je prokázáno, že ohrožení nejsou jen určité skupiny obyvatel, ale riziko se může týkat každého z nás (Baláš et al., 2010).

Bezdomovectví je proces, který nenastane ze dne na den, ale velmi rychle se v něm ocitnou jedinci, kteří nestačí prudkému rozvoji urbanizace ve městech. Z důvodu zvyšování počtu obyvatel na jednom místě města, nedojde k efektivnímu zajištění základních služeb a obytných prostor či nabídek práce (Hradecký, Hradecká, 2006).

Jak udává Peterková (2014), v našich končinách fenomén bezdomovectví prošel mnohými změnami. Došlo ke značnému nárůstu, ale i zviditelnění lidí bez domova. Mnozí si myslí, že k eskalaci došlo až po revoluci v r. 1989, ale i před tímto rokem jsou

patrné záznamy o lidech, kteří žili na okraji společnosti. Od „pradávná“ se jim říká „tuláci“ nebo „žebráci“. Mnozí byli oceňováni těmito jmény a veřejnost pak na něj shlížela skrz prsty, jiní však byli vyhledáváni pro svou schopnost lidi bavit. Jednalo se o kočovníky, kteří projížděli krajinou s cirkusem. To vše byly projevy verbální stigmatizace. Existují i lidé, kteří si život bez přístřeší volí sami, neboť chtějí vyjádřit nesouhlas se systémem a zákony, které v republice panují. Jedněmi z nich jsou heretici.

Bezdomovectví je také forma extrémního vyloučení. V termínu je zahrnuto nejen materiálně, ale i sociální stránka věci, kvůli které nám lidé bez domova přijdou tak odlišní. Tito lidé jsou odloučeni nejen od přístřešku, jídla, pití, oblečení, ale i kulturního života, zdravotní péče či profesního uznání. Lidé bez domova se cítí vyloučení ze společnosti, nevěří sami sobě ani ostatním a neberou se jako plnohodnotné osoby. Tím, jak na ulici musí každodenně bojovat o přežití, si osvojili agresivní vzorce chování a taky odmítání pomoci. Jejich rezignovaný postoj zapříčiňuje to, že většina společnosti jim nevěří. Majoritní společnost je vidí jako lidi líné, nebezpečné, často opilé a dotěrné. Hovoříme tedy o projevech neverbální stigmatizace (Beňová, 2008).

Beňová (2008) dále také tvrdí, že to, že každý člověk bez rozdílů je ohrožen bezdomovectvím, je zjevné z příčin, které ztrátu střechy nad hlavou zapříčiňují. Jedná se o vztahové problémy v rodině, smrt partnera, zdravotní postižení, ztráta zaměstnání, migrace za vidinou lepšího výdělku ve velkém městě, kde je jedinec odkázán pouze sám na sebe, nedostatek financí na platbu nájemného, návrat z vazby, sklony k nekonvečnímu životu, závislost v různých formách.

I prezentování takovýchto lidí v médiích v negativním slova smyslu podstatně zkresluje nazírání společnosti na tyto občany. Společnost má z osob bez domova obavy. Nejde o strach z přímého ohrožení, ale spíše nás pohled na ně nutí odvrátit tvář, neboť nám pohled na něj signalizuje, že naše společnost není zcela bezchybně nastavena (Peterková, 2014).

Postoj společnosti k občanům bez přístřeší je veskrze odmítavý. Často jim dávají najevo, jak jsou neschopní a podceňují je. Není výjimkou, že jedna špatná zkušenost s člověkem bez domova zapříčiní, že každý další bude pro nás stejně problematický. Jejich odlišný život je vždy vnímán jako horší jen proto, že je odlišný. Vidíme lidi na

okraji společnosti jako problém, který nechceme řešit. Věříme, že takovýto lidé se do zapeklité situace dostali svoji vinou a ani nás nenapadne, že třeba před měsícem ještě mohli pracovat a mít střechu nad hlavou. Nadále v této oblasti panuje spousta mýtů. Například o tom, že lidé bez domova se svojí situací nechtějí nic dělat a vlastně jim vyhovuje. Lidé si také často myslí, že všichni jsou alkoholici nebo drogově závislí. Zarytá představa panuje i o tom, že bývají přenašeči chorob, protože zapáchají a jsou špinaví (Beňová, 2008).

Pracovníci charity zjistili, že odmítavý postoj k nemocným bez přístřeší mívají i zdravotníci. Poskytnou jim prý zdravotní péči vždy, když je to zapotřebí, zároveň však udávají, že spolupráce s nimi bývá náročnou, protože jsou opilý a agresivní. Zdravotní péče však musí být poskytnuta úplně všem za každých okolností (ČTK, 2014).

Podle Bužgové a Plevové (2011) je žádoucí při rozhovoru s pacientem bez domova aplikovat ošetrovatelský model dle Dorothy Elisabeth Oremové, ve kterém dominuje deficit sebepéče. Právě ten může velice pozitivně ovlivnit komunikaci mezi sestrou a pacientem žijícím na ulici.

1.3.3 Stigmatizace pacientů s tělesným postižením

Zacharová ve své publikaci (2007) píše, že v každé společnosti jsou zakořeněny jisté zvyky, tradice, ale i předsudky, ze kterých pak vychází názory k postiženým občanům. Úplné zdraví bez jakékoliv poruchy a tělesná a psychická zdatnost je považována za žádoucí vlastnost. Postižení rozdělujeme na získaná a vrozená. Také záleží na tom, která orgánová soustava je poškozená a do jaké míry. Nejjednodušší dělení je na defekty fyzické, smyslové a ty, které postihují intelekt.

Postižení definuje Světová zdravotnická organizace jako „*částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat nějakou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Postižení, která bývají na první pohled patrná, jsou ortopedické vady. Rozdělují se na obrnu, deformity, malformity a amputace. Tyto postižení nezřídka kdy ztěžují pohyby

člověka, který je velmi důležitým socializačním činitelem. Umožňuje jedinci interakci s okolím, komunikaci a zdravý rozvoj psychické i fyzické odolnosti. Může dále zapříčinit ztížení navazování sociálních kontaktů a nejisté zvládání běžných sociálních rolí. I společnost má pak v důsledku těchto aspektů pokřivené hodnocení takovýchto jedinců a okolím je nálepkován (Kamenická, 2007).

Dalším velmi závažným postižením, které člověku ztěžuje život, je amputace. „*O amputaci hovoříme tehdy, když se jedná o nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla. Rozlišujeme amputace v důsledku traumatických příčin nebo následkem chirurgického zásahu (řeší nádorové, cévní, metabolické nebo zánětlivé onemocnění)*“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2007, s. 31).

Vztah k jedincům s postižením se vyvíjel a závisí vždy na morálních hodnotách společnosti a stupni vývoje myšlení. Na jedné straně jsou jedinci s tělesným postižením pronásledováni a segregováni, na straně druhé pak litováni a přeceňováni. Likvidace lidí s postižením byla patrná nejvíce v období starověku a setkaly bychom se s ní i ve středověku. V důsledku náboženským norem později začal převládat názor, že se znevýhodněnými občany je třeba soucítit a poskytnout jim charitativní, tedy nezištnou pomoc. O tyto lidi se staraly zejména jeptišky v kláštorech a chudobincích. Dnes je patrná snaha o integraci a co možná největší možnou míru zapojení a ulehčení lidem s mentální či fyzickou vadou, tak aby i oni byli schopni vést plnohodnotný život (Kamenická, 2007).

Z publikace Kamenické (2007) se také dozvídáme, že od osob se zdravotním postižením se neočekává to, co od zdravých lidí. Bývají podceňováni. Stigmatizující jsou takové vady, které jsou ihned očividné, jako je například amputovaná končetina, neverbální či verbální komunikace, úroveň intelektu, apod.). Osoby s tělesným postižením, tím jak bývají často umístěny do specializovaných zařízení, namísto toho, aby byli začleněni do zdravé společnosti, bývají izolováni a to může vést odmítavému postoji okolí při následné konfrontaci.

V České republice se lidé s tělesným a mentálním postižením řadí ke znevýhodněné populaci, pokud hovoříme o možnostech získat zaměstnání. I to už je forma neverbální stigmatizace (Kamenická, 2007).

Hodnocení lidí s postižením bývá často dvojího charakteru. Obsahuje známky pozitivní i negativní. Lidé vnímají jedince s postižením se soucitem, protože ho potkalo neštěstí. Zároveň však budí odpor a negaci, kterým je lepší se vyhnout. Hlavní roli zde hraje málo informací, protože neznámá choroba vyvolává více obav než ta, se kterou se zdravá populace běžně setkává. Není neobvyklé, že mladší jedinci se pak mohou setkat ve třídě s posměchem či dokonce se šikanou. Hovoříme o kombinované složce stigmatizování jak v gestech, tak v mluvě (Kamenická, 2007).

V přístupu k pacientovi s handicapem ze strany sestry je nutné, vždy znát typ postižení a tak porozumět pacientovým specifickým potřebám. Ke každému pacientovi je žádoucí přistupovat individuálně a po předchozí domluvě, nicméně obecná pravidla pro zdravotníky se vztahují k profesionalitě a jednání bez předsudků a štitivosti (Zeisbergerová, 2011).

1.3.4 Stigmatizace pacientů s obezitou

Navrátil (2008) definuje obezitu jako nemoc, která je charakterizována jako nadměrné množství tukové tkáně v organismu. Přibírání na váze je jedním s hlavních charakteristik obezity, není však jediným ukazatelem. Váha se zvýší i lidem, kteří naberou více svaloviny usilovným cvičením.

Jedná se tedy o vzestup tukové tkáně více než o 20% celkové hmotnosti. Ke zjištění obezity a její úrovně se zpravidla využívá Body Mass Index, tedy index tělesné hmotnosti (Holeček, 2006).

Podle Evropské unie je Česká republika na 13. místě v žebříčku nejobéznějších zemí Evropy. Odhaduje se, že v Česku je až polovina lidí obézních či trpí nadváhou. Obezita je alarmujícím jevem zejména díky svému prudkému nárůstu, kdy WHO hovoří až o epidemii. Mnohé choroby jsou vyvolány právě nadváhou (Stránský, Ryšavá, 2010).

To, jak vypadáme, včetně naší postavy hodnotí lidé kolem nás, ať se nám to líbí nebo ne. Je známo, že první dojem si o člověku udělá okolí velmi rychle a někdy je obtížné ho následně vylepšit naším chováním. Tíha stigmatu na jedince s obezitou dopadá v každodenním životě, ale i v zaměstnání nebo škole. Riziko stigmatu obezity se zvyšuje,

pokud bylo prokázáno, že pacient si za svoji nadváhu může sám nadměrným příjmem kalorií a výdejem, který nepřesáhne zmiňovaný příjem. Ani v hledání zaměstnání to jedinci s obezitou nemívají nejlehčí. Nazírá se na ně jako na líné a málo kompetentní či dokonce na ty, kteří nedodržují osobní hygienu. To je jasný projev verbální formy labellingu. Tito lidé mají taky mnohem větší problém, aby je vůbec zaměstnavatel přijal. Ženy, které trpí obezitou, pobírají až o 12% nižší plat, než ty štíhlé. Už v předškolním období se děti s nadváhou potýkají se stereotypními nálepkami a nebývají v kolektivu oblíbené. Až 30% školáků obou pohlaví udává, že se za svůj život setkali s posměšky adresovanými na jejich postavu. I učitelé ve vzdělávacích zařízeních udávají, že tyto děti bývají emočně nestabilní a pochází z problémových rodin. Bohužel i ve zdravotnické sféře se potýkají s diskriminací. 46% pacientů s diagnózou obezity udává, že se při hospitalizaci setkaly s příliš úzkými vyšetřovacími stoly a vybavením. Většina z nich také udává vážení v nemocnici jako ponižující. Kolem poloviny dotazovaných také tvrdí, že praktičtí lékaři jsou pro ně často zdrojem stigmatizace (Aalborg et al., 2006).

A nakonec sestry, které by v 31% daly přednost nemuset se starat o pacienta s obezitou. Přes 10% z nich také říká, že nemají rády dokonce se jich jen dotknout. Tyto projevy řadíme do nonverbálních projevů stigmatizace. Lékaři je v rámci preventivních vyšetření vnímají jako rizikovější, ty, kteří nedbají prohlídek a chodí pozdě či domluvené termíny ruší. Podle nich je také velmi obtížné jim provést screening pánve či prsu. Lidé, kteří trpí obezitou a setkávají se zavržením téměř na každém kroku, mají problémy s nazíráním na své tělo. Trpí depresemi, úzkostí a nízkým sebehodnocením. V mezilidských vztazích narážejí na četná odmítnutí, mají problémy navázat partnerský vztah (Puhl, Brownell, 2006).

Právě pro pacienty s obezitou je komunikace nesmírně důležitá, neboť podporuje jejich dobrý psychický stav. Sestra zde především hraje roli aktivního posluchače, který s pacientem jedná s respektem a důvěrou. Pokud při hospitalizaci dochází zároveň k léčbě obezity, je důležité, aby sestra projevila dostatek empatie a pomohla pacientovi stanovit si časový plán cílů, které bude schopen postupně plnit. Dále pak platí stejná pravidla komunikace jako u všech jiných hospitalizovaných pacientů (Maher et al., 2016).

1.3.5 Stigmatizace pacientů národnostních menšin

Pod termínem „národ“ se nám vybaví vědomě utvořené kulturní společenství, která sdílí společné území a dějiny. Abychom mohli nazývat určitou společnost národem, musí splnit několik náležitosti. Řadíme k nim kulturní kritéria, kde rozlišujeme stejný jazyk, dějiny a náboženství. Dále pak kritéria politické existence, kam spadá vlastní stát či autonomní postavení ve federativním státě. Poslední kritérium je psychologické. Zde hovoříme o národním uvědomění – vlastenectví. Jeho extrémní forma má název nacionalismus. V každém státě najdeme občany, kteří mají státní příslušnost a cizince, kteří ji nedisponují (Ivanová et al., 2005).

Národnostní menšinou neboli minoritou je myšlena skupina, která má menší počet členů a liší se národností od majority – většinové společnosti (Jandourek, 2012).

Je nasnadě, že rozdíly mezi kulturami různých národností mohou zapříčinit problém v komunikaci, jak tvrdí Špatenková a Králová (2009). Tento fenomén je velmi často patrný zejména u nelékařských profesí, protože ztěžuje pacientovi cizinci vyjádřit vlastní problém a zdravotníkovi například popsat výkon, který bude provádět. V důsledku komunikační bariéry pak může docházet k rozepřím, agresi, obavám a úzkostným stavům.

Dle Zeisbergové (2011) tím, že Česká republika přijala členství v Evropské unii, je jisté, že se postupně bude měnit složení celého státu a to jak po stránce etnické, národnostní a kulturní. Dnes, víc než kdy jindy je patrné, jak se mění struktura a počty imigrantů kvůli zuřícím válkám v Asii a Africe. Tabulka ukazuje, vývoj počtu cizinců, kteří se vyskytují na území ČR od roku 1993 do roku 2013 (viz Příloha 2).

Dle údajů Českého statistického úřadu ze sčítání lidu v roce 2011 vyplynulo, že státní občanství kromě Čechů vlastní nejvíce Ukrajinců, Slováků, Vietnamců a Rusů. Co se týče náboženství, Česko patří k silně ateistickým státům Evropy, avšak bylo zjištěno, že i přesto má zde největší zastoupení Římskokatolická církev, následuje Českobratrská církev evangelická, Církev československá husitská a církev Svědků Jehovových. Zlomek dotazovaných pak uvedlo jako svoji církev islám, buddhismus a judaismus (Český statistický úřad, 2011).

Krajním projevem stigmatizace může být rasismus. Rozumíme jím ideologii, která na člověka s jinou rasou pohlíží jako na nerovného. Jedná se o nenávist k odlišnostem dané

rasy ať už s biologického či psychologického hlediska. Rasismus se stále objevuje v zaměstnání či ve vzdělání a jeho produktem bývá diskriminace až násilí. Některé národnostní menšiny se dále vymezují nejen na základě etniky, ale na základě rasy či náboženství. V ČR se toto dotýká zejména romské a židovské menšiny. (Ivanová et al., 2005).

V období 1945-1990 byla Česká republika téměř homogenním státem. Od otevření hranic po roce 1989 si však republika zvyká na příliv imigrantů, jejichž počet stále narůstá. S narůstající etnickou a národnostní pluralitou se ale také množí případy diskriminace, xenofobie (nenávisti k neznámému) a rasismu v podobě rasových útoků, devastování židovských hřbitovů nebo útoků na romské bydlení. Obyvatelé ČR jsou ve svém smýšlení poznamenáni uzavřeností hranic a jeví nechuť řešit mezietnické vztahy. Současný přesun či zabydlení se migrantů v nich budí pocit nejistoty a obavy z možné kriminality. Mezi Čechy panuje názor, že cizinci z Východu pro ně nepřestávají riziko na trhu práce (Dvořáková et al., 2008).

Tománková (2006) uvádí, že v ČR se objevují často předsudky vůči vietnamské minoritě, díky jejich odlišnosti a nezájmu se přizpůsobit většinové společnosti a poznat místní jazyk a prostředí. Česká společnost nejeví zájem o poznání zvyklostí či kultury těchto lidí. Vietnamci se neliší na první pohled pouze svým vzhledem, ale také odlišnými komunikačními styly.

Pechová (2007) píše, že další početnou skupinou řadící se k menšině v Česku jsou Romové. Vzájemné soužití je obtížné i přesto, že Romové a Češi sdílí jeden stát již mnoho let. Češi si stěžují na romskou hlučnost, nedostatečné vzdělání, agresivitu a kriminalitu. Vnímání jsou také jako ti, kteří zneužívají sociálních dávek státu a Romové Čechům zase vytýkají odtažitost, emoční plochost a projevy rasismu. Jde tedy o neverbální projevy stigmatizace. Na místě je zamyslet se, jak se Romové cítí, když neustále naráží na odmítavé postoje a předsudky ze strany české populace.

Pro každou sestru bude stěžejní při komunikaci s pacientem patřící k národnostní menšině znát alespoň ve zkratce kulturu daného člověka. Tím si tak vytvoří základní povědomí o psychologii těchto osob (Zeisbergerová, 2011).

Touto problematikou se zabývá mezilidská komunikace. „Základními prvky interpersonální komunikace jsou komunikační dovednosti, kulturní vlivy, umění naslouchat, dovednost kriticky myslet, moc a etika (De Vito, 2008).“

1.3.6 Stigmatizace pacientů s psychickou poruchou

Duševní zdraví má mnoho definic, je však jisté, že nelze definovat pouze jako nepřítomnost nemoci. Znamená, že člověk se necítí špatně po stránce fyzické, psychické ani společenské a dokáže optimálně plnit své funkce ve společnosti a těší se z možnosti autonomie. Zároveň u něj nebyly objeveny žádné změny strukturální ani funkční (Chodura, Tuček, 2005).

Klasifikace psychických poruch si prošla rozsáhlým vývojem již od starověku. Dnes je aktuální ta s názvem Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Tu vydala WHO v roce 1992. Choroby jsou zde seskupeny sestupně podle míry svojí závažnosti. Obsahují zhruba tisíc kategorií, které jsou uspořádány do deseti oddílů. U každé nemoci se pak posuzuje míra dopadu na běžné denní fungování jednotlivce (Chodorová, 2009).

„Chronicky psychicky nemocní trpí zvýšenou citlivostí na stres, který nedostatečně zvládají. Jsou výrazně závislí na rodině nebo na určitých zařízeních a vyhledávají je. Pokud jsou jim nedostupné, může se vyvinout psychická dekompenzace. Mají těžkosti v uplatnění na pracovním trhu, nejsou schopni vytvářet si úzké vztahy k jiným lidem, př. k manželskému partnerovi. Zaměstnavatel často pacienta propouští pro nedostatečný výkon. Pacient pak nenávidí sám sebe, má pocit životní katastrofy.“ (Svoboda et al., 2006. s. 23).

Chodorová (2009) udává, že velmi nepříznivý postoj mívají jedinci neznalí, kteří se s psychicky neznalým nikdy nesešli. Je důležité, aby bylo onemocnění vyloženo psychosociálně ne pouze medicínsky. Psychiatrie jako lékařský obor nejvíce inklinuje k hanlivému užívání diagnóz jako žádný jiný.

Od pradávna má veřejnost tendenci se „odlišných“ jedinců zbavovat a to tak, že je odsunou do psychiatrických nemocnic. Tato hospitalizace má však neblahý vliv zejména na pacienta samotného, neboť po delším pobytu v zařízení ztrácí svoje sociální role a motivaci plánovat si budoucí život. Často k tomu dochází kvůli potencionálnímu nebezpečí pacienta pro okolí či sebevražedným tendencím (Styx, 2003).

Ve společnosti stále panuje mylný mýtus, že psychiatričtí pacienti jsou nebezpeční. Ve skutečnosti je jich pouze zlomek. Avšak o těch, kteří jsou kompenzováni, a žijí

šťastným životem, se už nikdo nezmiňuje. Averse až určitá forma nenávisti ze strany zdravých lidí je velká – zaznamenány byly i názory o tom, že takovýto lidé by měli být uzavřeni v léčebnách a pod vlivem léků, aby nebyly na očích. Lidé dále věří, že odpovědnost za své chování si duševně nemocní nesou sami a tím si také ospravedlňují své předsudky vůči nim (Chodorová, 2009). Stigmatizace je zde patrná v obou směrech komunikace.

„V souvislosti s projevem duševně nemocného nutno věnovat pozornost identifikačnímu procesu poruchy. Laicky je tento proces vystihován výrazem „divně se chová“, „blázní“, „začíná blbnout“ nebo místně „bohni“: Zde je počátek „značkovacího procesu“ („labeling process“), jímž budou postižení trvale stigmatizováni.“ (Jáník, 1987. s. 72).

Společnost zaujímá názor, že pokud je psychické onemocnění nemoc, mělo by se projevovat vždy stejně jako například meningitida. U duševních chorob tomu tak ale není v důsledku multifaktoriálního vzniku a jedinečnosti každé osobnosti (Youngson, 2000).

Někdy se stává, že zdravotníci předpokládají neschopnost pacientů s psychiatrickou diagnózou, se o sebe postarat a automaticky jim odnímají plnění úkolů, které by zvládli i sami. Nevědomky je tak degradují na nesoběstačné. Nežádá kdy se u personálu projevuje i přehnaný soucit (Styx, 2003).

Média, jak už bylo v předchozích kapitolách zmíněno, představují problém, co se týče prezentace zkreslených informací podávaných veřejnosti. Mezi novináři přetrvává tendence vidět duševně nemocné jen jednostranně. Buď jako ty, kteří byli do ochranného léčení uvrženi neoprávněně nebo na druhou stranu kvůli své nebezpečnosti pro okolí. Psychicky nemocní se tedy potýkají do značné míry s neverbálním stigmatem. Dále je v médiích často kritizováno nadměrné užívání psychofarmak. Zdá se však, že názor veřejnosti na tuto problematiku se začíná zvolna zlepšovat díky větší informovanosti, vzdělanosti a humanizace psychiatrie (Chodorová, 2009).

Dále Chodorová (2009) udává, že stigma je silně spojeno se sociální exkluzí. Duševně nemocní mají problém s udržení si bydlení a zaměstnání. S narůstajícím počtem hospitalizací v psychiatrické nemocnici se mohou snadno zpřetrhat sociální

vazby. Stigmatizace se markantně odráží v hovorové mluvě, kdy jsou psychicky nemocným přisuzovány pojmy, které zdaleka nevystihují jejich chování ani po stránce obsahové, ani po té formální. Psychiatrie je jako obor velice atraktivní, protože ji stále obestírá určité tabu, ale zároveň jednoduše zneužitelná v médiích, která mohou celou pravdu překroutit.

U pacientů, kteří slyší či vidí něco, co není skutečné, je velmi náročné navázat kvalitní rozhovor. Na sestře je, aby si zachovala trpělivost a pozitivní přístup. Pacient se musí cítit bezpečně. Sestra se nikdy nesmí dopustit znevažujících komentářů. Neméně důležité je, aby sestra citlivě vnímala všechny neverbální projevy, protože i ty ji poskytnou důležité informace o zdravotním stavu pacienta (Petr et al., 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo poukázat na možnost stigmatizace ze strany sester a dále byl stanoven cíl zjistit, zdali se sestry dopouští stigmatizace na pacientech. Dalším cílem bylo zmapovat, jaké jsou konkrétní projevy stigmatizace při společné komunikaci sester s pacienty.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké povědomí mají sestry o pojmu "stigmatizace"?

VO2: Jak se odrazí v komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu zjištění, že pacient patří do skupiny lidí inklinujících ke stigmatizaci?

VO3: Jakým způsobem se projevuje stigmatizace v komunikaci vedené sestrou k pacientům?

VO4: V jaké formě se setkali pacienti se stigmatizací při komunikaci ze strany sester?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Ke zpracování praktické části bakalářské práce bylo provedeno výzkumné šetření pomocí metod kvalitativního výzkumu. Tento design byl zvolen právě proto, že podle Strausse a Corbina (1999) je vhodný k odkrývání zkušeností respondentů s určitým jevem. Užito bylo dotazování pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kdy se měl každý respondent možnost rozhovořit. Dotazování a vzorkování bylo prováděno do chvíle, kdy se nám nedostávalo nových informací, Došlo tedy k teoretickému nasycení vzorku (Strauss, Corbin, 1999).

První typ polořízeného rozhovoru je složen z otázek položených pacientům a rozdělen je opět na úvodní část s identifikačními údaji (Tabulka 1), dále se zabývá tím, jak vnímali hospitalizaci a komunikaci se sestrami a zdali pocítovali nějaký rozdíl v komunikaci s nimi a jinými pacienty.

Polořízené rozhovory se sestrami jsou členěny do tří oblastí, kdy první udává základní identifikační údaje (Tabulka 2), druhá se zabývá dosaženým vzděláním a praxí v oboru sester a třetí část je rozdělena na oblast zabývající se komfortem při spolupráci s osobami patřící k národnostní menšině, pacientem s obezitou, pacientem s psychickou poruchou, člověkem bez domova a pacientem s tělesným postižením. Tento okruh otázek koresponduje se druhou výzkumnou otázkou (VO2). Další oblast se zaměřuje na předsudky a stereotypy u těchto osob.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo se dvěma skupinami respondentů. První soubor tvořilo osm dotazovaných, kteří byli vybráni cíleně na základě alespoň jedné hospitalizace, ochotě poskytnout rozhovor a dále u nich byla stanovena diagnóza

obezity, psychické poruchy, závislosti na drogách či alkoholu, anebo příslušnost k národnostní menšině či ztráta domova. Při oslovování respondentů bylo postupováno metodou sněhové koule, kdy dotazovaný poskytl kontakt na dalšího respondenta, který odpovídá uvedeným kritériím a je s ním možno provést rozhovor. Komunikace probíhala výhradně v prostředí, které bylo dotazovaným příjemné, formou nahrávky na diktafon či papírovou korespondencí při nemožnosti osobního setkání. Pro ukázkou jsou oba typy rozhovorů přiloženy (*viz Příloha 3,4*).

Druhý soubor tvořilo patnáct sester, které byly voleny z řad lůžkových oddělení i ambulancí. O svolení k rozhovoru jsem zažádala osobně a setkání proběhlo mimo nemocniční zařízení. Pět sester pracovalo v psychiatrické nemocnici konkrétně na oddělení pro léčbu závislostí. Kritériem pro jejich výběr byla ochota zodpovědět moje otázky a praxe v oboru. Všechny byly seznámeny se cílem výzkumu a jednotlivými otázkami rozhovoru, dále ujištěny o anonymitě, která je zabezpečena pouze uváděním věku a druhu oddělení. Zároveň byly požádány o absolutní upřímnost.

3.3 Realizace výzkumu

Teoretické práci byl věnován čas od listopadu do prosince 2015. Výzkumné šetření bylo realizováno v lednu, únoru a březnu roku 2016. V praktické části byly nejprve vypracovány otázky pro rozhovor se sestrami a s pacienty a poté byli osloveni dva známí, kteří se léčili s psychickou poruchou a závislostí. Ti následně poskytli kontakt na další respondenty. Sehnat sestry, které by byly ochotny na téma stigmatizace odpovědět na dané otázky, nebylo jednoduché. Sběr dat proto trval delší dobu. Nebylo výjimkou, když některá sestra rozhovor odmítla. Většina z nich také nesouhlasila s nahráváním na diktafon, proto byly rozhovory realizovány převážně písemným přepisem. Při konverzaci s pacienty mně překvapila jejich otevřenost a ochota hovořit o mnohdy negativních zážitcích. Při hovoru se sestrami tomu bylo právě naopak. Sestry byly očividně z tématiky velmi nervózní a mluvit s nimi bylo obtížné, proto jsou některé jejich odpovědi velmi strohé.

Všichni komunikační partneři jsou v práci uvedeni pod zkratkou P pro pacienty a S pro sestry. Zároveň mají přiřazeno číslo v jejich daném pořadí.

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů s pacienty

4.1.1 Identifikační údaje pacientů

Tabulka 1: Identifikační údaje pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Národnost/diagnóza	Počet hospitalizací
P1	Muž	61	Pacient bez domova	4
P2	Žena	47	Obezita	2
P3	Muž	26	Závislost na drogách	1
P4	Žena	69	Psychická porucha	7
P5	Muž	37	Rom	1
P6	Žena	25	Ukrajinka	2
P7	Muž	19	Závislost na alkoholu, automatech	1
P8	Žena	23	Závislost na lécích	2

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Hodnocení hospitalizace pacienty

Na dotaz, zdali vnímáte hospitalizaci jako přínos, odpověděl pacient č. 1 (P1): „*Jo, tak vyndali mi je (krční mandle, pozn. aut.) a měl jsem pokoj.*“ P2 řekla: „*Bolelo to tenkrát jako čert, ale pomohli mi, takže určitě přínos.*“ P3 uvedl, že: „*Určitě. Šel jsem se léčit dobrovolně, když už mi závislost hodně zničila život. Opustila mě holka a vyhodili mě z práce. Naši se mnou pořád nemluví.*“ P4 odpověděla: „*Ze začátku ano,*

ale při 3. hospitalizaci už mi přišlo, že prostě neví, co se mnou, tak mě naši zase šoupli na blázinec.“ P5 uváděl, že: „Jo, nemám si na co stěžovat. Ruku mě zpravili a můžu s ní dělat všechno jako předtím.“ P6 sdělil, že: „Přínos vidím v možnosti souvislé a odborné péči o pacienta. A samozřejmě se chci uzdravit, proto tam jdu. Na druhou stranu je to taky určité omezení z hlediska trávení času, marodění.“ P7 řekl: „No, tak teď už jo, pokud to teda vydržím, až vylezu. Takže to spíš ukáže čas.“ A poslední pacientka (P8) uvedla, že: „Dodneška ten pobyt na JIPce vnímám jako jeden z nejhorších zážitků v životě. Bylo mi tenkrát 17 a chovali se tam ke mně jako s malým děcku. Nic jsem nesměla, skoro ani vyslovit vlastní názor. Brali mě jako někoho, kdo se pokusil o sebevraždu a feťáčku, která neví co roupama. Byla jsem ráda, že jsem zase doma.“

Shrnutí - Hodnocení hospitalizace pacienty

Z odpovědí vyplývá, že pět pacientů z osmi vnímá hospitalizaci jako přínos, dva pouze jako částečný přínos a P8 se k hospitalizaci staví naprosto negativně. P1, P2 a P5, uvádí největší pozitivum ve zbavení se obtěžujících symptomů fyzické nemoci. V jejich případech se vždy jednalo o operaci, která nebyla spojena s dlouhodobým pobytem a jejich problém naprosto vyřešila. Respondenti P3 a P7 uvádí pozitivní vliv hospitalizace na jejich psychické zdraví při léčbě závislostí. Oproti tomu P4 je rozpačitá z mnohonásobných hospitalizací, které podle ní nikam nevedly. P6 si uvědomuje omezení při hospitalizaci, ale zároveň udává přínos v soustavné a odborné péči.

4.1.3 Hodnocení přístupu sester pacienty

Na otázku, hodnotil/a byste přístup zdravotnického personálu jako profesionální, odpověděl pacient (P1), že: „Je to už fakt dávno, ale nepamatuju si, že by tam byl nějaký problém.“ P2 udává, že: „Vzhledem k tomu, že si nepamatuju na žádný exces, tak všichni byli asi v pohodě.“ Dalším dotazovaným byl P3: „Nemůžu si stěžovat. Všichni byli sice přísní, což je ale potřeba, ale jinak moc milí a nápomocní.“ P4 řekla: „Ale to asi jo. Nikdo mi nenadával, měla jsem péči, ale byl to běh na dlouhou trať.“ P5

se stavěl k dotazu takto: „*Jo, nikdo na mě hnusnej nebyl. Sestry byly milý, tak jsem s nima neměl žádnej problém. Akorát chláпка, co mi pak dali na pokoj, jsem nemusel. Jasně mu nebylo recht, že jsem cigán. Báł se na mě i podívat.*“ P6 udává: „*V řadě případů ne. Zdravotní sestry mnohdy dávaly silně najevo např. špatnou náladu, nelibost k vykonávaným činnostem atd. Někdy se chovaly vážně vyhýbavě, až jsem měla pocit, že jsem snad něco provedla.*“ P7 mi odpověděl: „*Se sestrami ani s doktory nemám problém.*“ Na závěr osmá pacientka, P8 řekla, že: „*Tak to ani náhodou. Dvě sestry mi do očí řekly, že jsem rozmazlenej fracek, když tohle můžu udělat rodičům a že bych potřebovala pořádněj výprask.*“

Shrnutí - Hodnocení přístupu sester pacienty

Po dotazu na profesionalitu všeobecných sester se šest respondentů shodlo na tom, že se sestrami neměli sebemenší problém. P6 však udává, že špatná nálada sestry a nelibost ve vykonávaných činnostech se mnohdy odrazila v komunikaci s pacientkou samotnou. Ani pacientka P8 nebyla spokojená a řekla, že jí sestry nazvaly rozmazleným frackem a také že by měla dostat od rodičů pořádný výprask.

4.1.4 Chování sester k pacientům

Další dotaz zněl, zdali jste se někdy setkal s nějakou formou odmítavého chování cíleného na vlastní osobu během hospitalizace z řad personálu. Pacient P1 udává: „*Tam na mě byli moc hodní a pomohli mi. Bez nich bych to nedal. Sice mi trochu vadilo, že jsem musel přes nějakej filtr, aniž by mě někdo prohlídl předem, ale to už je jedno. Chápu to, ale zrovna já si na hygienu potrpím. Každěj den chodím do veřejnej sprch, kde se umeju a oholím. Až na ty moje hadry byste nepoznala, že nemám kde bydlet. Ale je fakt, že spousta těch tady má vši a tak.*“ P2 mi pověděla, že: „*Na nic si nepamatuju. Myslím, že sestry byly milé.*“ Další pacient P3 odpověděl: „*Nikdy. Hádám, že lidi, co tam (na psychiatrii – pozn. aut.) pracovali, s tím mají svoje zkušenosti a tak už jsou zvyklí a nic je nepřekvapí.*“ P4 odpověděla: „*Když jsem byla na té interně, zaslechla*

jsem omylem, jak mě jedna sestra nazvala „bláznivkou“, když pro mě jela s křeslem na vyšetření. Tenkrát se mě to docela dotklo, ale nijak jsme to neřešily.“ P5 mi řekl, že: „Ne, nikdy. Jak říkám, byly na mě hodní všichni.“ Další pacientka P6 sdělila, že: „Ano, jak jsem řekla. Nestála jsem jim tenkrát na gynekologii ani za usmání se.“ Předposlední pacient P7 mi na dotaz odpověděl: „Ne, nikdo se mnou nejedná jinak než s ostatními. Však se taky moc nelišíme, co se týče závislosti.“ A závěrečná pacientka P8 mi při rozhovoru řekla, že: „Pokud se dá to, o čem jsem mluvila brát jako odmítavé chování, tak určitě.“

Shrnutí – Chování sester k pacientům

Na další otázku zaměřenou na odmítavé chování sester odpověděli čtyři pacienti záporně, tedy že se neseťkali s takovýmto chováním. Jednalo se pouze o pacienty P2, P3, P5 a P7. Pacienta P1 se pouze dotklo, že musel projít sanitárním filtrem, i když se denně myje a dbá o svoji čistotu. Zbývající dotazovaní uvádí, že se setkali s nevybíravými výrazy, nedostatkem sympatií a ochoty.

4.1.5 Hodnocení komunikace pacientem se sestrami

Třetí otázka v tomto bloku zněla: „Shledáváte nějaké rozdíly v komunikaci mezi Vámi a personálem, personálem a jinými pacienty?“ Zde P1 uvedl: „Ne, byli tam na nás určitě zvyklí, tak jsem snad nebyl nejhorší případ. Bylo to tam fajn a sestry jako lusk.“ P2 řekla: „Ne, to asi ne. Na pokoji se mnou byla tenkrát ještě jedna paní taky s křečákama, takže jsme na tom byly stejně a ani jednu z nás neopomíjeli.“ Další pacient P3 mi řekl, že: „Ne. Na každého byl stejnej metr.“ P4 odpověděla: „Až na tu nadávku ne. I když kdo ví, co si mezi sebou sestry říkaly.“ P5 mi na dotaz odpověděl: „To taky ne. S každým z nás se bavili stejně, nepoznala byste rozdíl. Žádný nadávky, přehlížení a nos nahoru. Fakt fajn nemocnice.“ Další pacient P6 udává: „Ano, nejen při hospitalizaci, ale i během běžných vyšetření u lékaře. Např. se pravidelně dostanu na

řadu až po mnohých pacientech, kteří čekali mnohem kratší dobu než já. Během hospitalizace se ke mně některé zdravotní sestry chovaly úsečně, ačkoli v zemi žiji od dětství a mám veškerou dokumentaci v pořádku. I z doslechu od kamarádek, které jsou taky Ukrajinky, vím, že ve zdravotnictví panuje zkreslený pohled na Ukrajince. Přitom si nemyslím, že bysme byly nějaká problémová skupina.“ Předposlední pacient P7 mi sdělil, že: „Ne, jak jsem řekl, všichni jsou tady fajn a snaží se pomoci a vyslechnout, když potřebujeme.“ Na závěr pacientka P8: „Určitě. K dětem, co tam ležely kvůli něčemu jinému, byly sestry jako andělé.“

Shrnutí – Hodnocení komunikace pacientem se sestrami

Na poslední otázku se odpovědi také lišily. Pět pacientů, tedy většina, nezaznamenali rozdíly v komunikaci s nimi a ostatními pacienty. P5 pak uvádí nadávku na vlastní osobu a P6 mi řekla, že mnohdy se prý sestry chovaly úsečně a upřednostňovaly jiné pacienty.

4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami

4.2.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 2: Identifikační údaje sester

Sestra	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Praxe v oboru	Oddělení
S1	Žena	57	SZŠ, kurz stomické sestry	33 let	ambulance
S2	Žena	45	SZŠ	21 let	lůžkové
S3	Žena	48	SZŠ	21 let	lůžkové
S4	Žena	25	BAK	3 roky	ambulance
S5	Muž	31	BAK	8 let	lůžkové
S6	Muž	44	SZŠ, kurzy	22 let	lůžkové
S7	Žena	29	BAK	5 let	ambulance
S8	Žena	35	SZŠ	10 let	lůžkové
S9	Žena	49	SZŠ	30 let	lůžkové
S10	Žena	33	VOŠ	11 let	lůžkové
S11	Žena	36	VOŠ	7 let	lůžkové
S12	Žena	42	VOŠ	12 let	ambulance
S13	Muž	30	VOŠ	6 let	ambulance
S14	Žena	32	VOŠ	8 let	lůžkové
S15	Žena	44	SZŠ	18 let	lůžkové

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Postoj sester k pacientům

První otázka, která byla položena, zněla: Myslíte si, že k pacientům, se kterými pracujete, si některé osoby drží odstup, jednají s nimi jinak? S1 odpověděla: „*No určitě. Psychotici jsou nebezpeční, muslimové mají na sobě vždycky bombu a tak dále. Někdy*

*mě ta lidská zbedněnost fakt s***. Pardon.*“ S2 mi sdělila: „*Ačkoliv to není správné, věřím, že se takoví lidé najdou.*“ Následovala sestra S3: „*Asi ano, třeba to nedávají tak najevo. Bezdomovci jsou třeba vnímání jako nebezpeční a špinavý. Lidé se jich štítí. I já sama s nimi mám problém.*“ S4 uvedla: „*Určitě ano. Nesouhlasím s tím a obzvláště u nás sester je to nepřipustné.*“ Pokračovala další v pořadí, tedy S5: „*To je asi jasné. Popravdě, myslím si, že pokud bych nepracoval zrovna na psychiatrii, asi bych zaujímal na určité lidi hodně negativní názor. Zdravotnické řemeslo vás v jistých sférách otupí, zjistíte, že to co by vás u člověka normálně šokovalo, vám tady nečiní po letech praxe žádný problém. Samozřejmě mi chvíli trvalo, než jsem si zvykl.*“ S6 odpověděla následovně: „*Záleží na tom, se kterými.*“ Následovala sestra S7: „*S některými určitě. Já nemám problém s žádnou skupinou lidí.*“ Další dotazovaná S8 uvedla: „*Samozřejmě, řekla bych, že s rozvojem techniky a možností, jak rozmanitě lidé získávají informace, je hodně časté, že si společnost dělá rychlé a často unáhlené závěry o lidech, o kterých nic neví. Svého syna učím, aby si všechno, co najde na internetu nejprve, ověřil z několika zdrojů, než o tom začne vykládat.*“ Pokračovala sestra S9: „*Ne, to bych neřekla. Za celou svoji praxi jsem se nesečkala s nějakým hrubým chováním, co se týče nemocnice. Samozřejmě venku je to jiné. Lidé nemají rády ostatní, kteří se nějak liší.*“ Sestra S10 odpověděla: „*No jééje, a jak. Viděla jsem i pár lidí, co kvůli tomu, že vidí člověka, který vypadá na to, že trpí psychickou poruchou nebo si mumlá něco pro sebe, přejde na protější chodník. Z takových lidí se mi chce zvracet.*“ Další v pořadí, sestra S11 řekla: „*No jo, to je jasná věc.*“ Sestra S12 pokračovala v odpovědích takto: „*Tak určitě, což trochu nechápu, ale každý člověk do toho nevidí, tak jako my sestry.*“ Sestra S13 udává: „*Asi jo, nebo spíš určitě.*“ Sestra S14 odpověděla: „*Nejspíš jo, k některým určitě. Lidé, co mají nějakou amputaci, to budou mít v životě těžké.*“ A poslední sestra S15 sdělila: „*No, asi jo. Lidé jsou svině.*“

Shrnutí – Postoj sester k pacientům

Deset sester z patnácti se jednoznačně shoduje ve svých odpovědích na tom, že držet si odstup od některých skupin lidí je v jejich profesi nepřipustné. Jednají s nimi prý vždycky stejně jako s ostatními pacienty. Takto odpověděly sestry S1, S2, S4 a S5

S7, S8, S9, S10, S12, S15. S3 řekla, že má problém pouze s „bezdromovci“. Sestra S6 odpověděla, že k některým si lidé odstup drží. A záleží prý, jak s kterými.

4.2.3 Stigmatizování ze strany sester

Další otázka směřovala k specifikaci prvního dotazu. Zněla: „V jaké oblasti života je to nejvíce patrné (osobní život, zaměstnání, bydlení)? První sestra S1 sdělila: „*To jde asi ve všech směrech. Dneska máte na hlavě šátek a lidi přejdou na protější chodník, sousedi s váma nechtějí nic mít, takže vám nikdo neprodá byt a v práci z vás mají strach. Nechápu to.*“ S2 řekla: „*Hodně manželství se rozpadlo kvůli alkoholu nebo drogám. Sama mám kamarádku, která se s mužem rozvedla, protože pil a hrál automaty.*“ Další sestra, tedy S3 uvedla, že: „*Asi nejvíce v zaměstnání. Člověk léčený kvůli závislosti bude hůře zaměstnatelný, stejně tak bezdromovec.*“ S4 odpověděla na dotaz následovně: „*Myslím, že se to může podepsat na každé sféře života dané osoby. Bezdromovce opustí rodina, neseženou žádnou práci. I lidé závislí nebo léčení pro psychickou poruchu budou mít problém sehnat zaměstnání. Je to už takový cejch.*“ S5 uvedla: „*Řekl bych, že lidé, co se léčí na psychiatrii se potýkají s velkými omezeními v každodenním životě. Ani rodina jim to moc neulehčuje. Znáám to z vlastní zkušenosti u nás na oddělení. Když je třeba někomu diagnostikována schizofrenie, rodina je naprosto šokována, netuší, co má dělat a dříve jejich milovaný manžel, syn, bratr je najednou nebezpečný maniak, který by měl být držen pod zámek. Nechci být nekolegiální, ale vím, že na oddělení, kde je zvýšený ochranný režim si i zdravotní sestry myslí to samé. Navíc některé pacienty nazývají dosti nevybíravě a znevažují jejich základní potřeby.*“ S6 řekla: „*Mohou mít problém se sehnáním zaměstnání, ale jinak bych řekl, že ani ne.*“ Následovala sestra S7: „*Z doslechu vím, že mají problém udržet si zaměstnání. Je fakt, že já bych asi člověka, který se několikrát neúspěšně pokoušel abstinovat, taky nezaměstnala.*“ Sestra S8 udává: „*Nemyslím si, že by třeba morbidně obézního člověka chtěl někdo zaměstnat, to samé schizofrenika. Často nemusí být tihle lidé nespolehliví a málo výkonní, ale dokážu si představit, že také můžou.*“ Následující sestra S9 sdělila:

„Nikoho takového neznám, ale myslím, že lidé, co někdy byli hospitalizováni na psychiatrii, budou mít cejch a nebude se jim dařit v zaměstnání nebo bydlení.“ Další sestra S10 řekla: *„V sociální sféře a vztazích jako takových. Sama mám nemocnou matku, která má maniodepresivní poruchu, což je někdy náročné jak pro ni, tak pro nás, jako pro rodinu, ale nikdy bysme si o ní nepřestali starat jenom proto, jaké má výkyvy nálad. Je smutné, jak některé psychicky nemocné rodina odřízne. Asi mají strach z vlastních pocitů a nových věcí, ale všechno se dá naučit. Lidi jsou zvláštní.“* Jedenáctá dotazovaná sestra S11 uvedla: *„Moc to nechápu, ale asi třeba člověku, který zaléčený schizofrenik se práce bude shánět špatně. A přitom ty lidi jsou tady úplně normální. Často ale mají práci typu prodavače rychlého občerstvení ve stánku a to mají maturitu a někdy i vejšku.“* S12 odpověděla: *„Často se od psychicky nemocných odvrátí rodina, což je sice smutné, ale je to tak. Mimochodem máte skvělý téma bakalářky, jen ať se o předsudcích lidi dozvědí.“* S13 uvádí: *„Bezdomovce asi nikdo zaměstnávat nebude. Asi se od spousty lidí odvrátí i rodina, pokud budou třeba závislí na drogách. Nevím, jak bych se v osobním životě zachoval já, ale v práci si nemůžu dovolit na lidi nahlížet skrz prsty.“* Sestra označená jako S14 sdělila: *„Třeba ti lidé s amputovanou částí těla budou mít problém sehnat zaměstnání, nebo budou muset jít do invalidního důchodu, protože pro ně bude práce moc náročná. Je to trochu diskriminace, ale i fakt.“* Poslední sestra S15 udává: *„Mám souseda, který je muslim, ale je úplně v pohodě. Moc česky neumí, ale žije tady už dlouho. Soused odvedle se odstěhoval, protože to nemohl skousnout. Prvně na něj podával stížnosti, ale jelikož nebylo na co, kromě jeho národnosti a vyznání, tak to vzdal a odešel sám, takže to bude nejmíc patrné asi v sociální sféře. Sehnat zaměstnání pro některé lidi jako třeba bezdomovce, Romy nebo pijany bude problém.“*

Shrnutí – stigmatizování ze strany sester

Při druhé otázce, kdy měly sestry specifikovat, ve kterých oblastech života se problém s jejich diagnózou projeví, odpověděla sestra S1, že nechápe, jak mohou lidé přejít na protější chodník nebo nezaměstnat muslima. Zbylé dotazované, tedy S2, S3, S4, S5 a S6 se shodly, že v oblastech rodinného života a zaměstnání mají tito lidé

problémy. Pouze u sestry S1 a S5, S10, S11, S12 a S13 je jasně patrné, že s takovýmto chováním nesouhlasí. Sestra S7 by nezaměstnala závislého člověka a S8 uvádí, že „obézní lidé jsou nespolehliví a málo výkonní“.

4.2.4 Stereotypy sester vůči potenciálně stigmatizovaným lidem

Následovala otázka, zdali si myslí, že ve společnosti panují nějaké stereotypy a předsudky ohledně těchto osob? Sestra S1 řekla: „*No, o tom mluvím. Závislí jsou vyčlenění, rodina už jim nevěří, manželky je opustí. Bezdomovci si zaslouží být bezdomovci, protože pijí a mají dluhy. To přece nejde, aby člověk přemýšlel o jiných jen podle jedné kolonky v jejich životě.*“ S2 uvedla, že: „*K závislým se společnost chová odmítavě třeba v zaměstnání. Asi jim budou méně věřit a budou na ně dávat víc pozor. Bezdomovci jsou vnímání jako pobudové s flaškou v ruce. Alkoholiků se obávám.*“ S3 odpověděla takto: „*Jak už jsem řekla o těch bezdomovcích. Ted' se lidé obávají hlavně muslimů a permanentně se řeší Romové.*“ Další sestra, S4 uvedla: „*Samozřejmě. Znáte to, bezdomovci jsou špinavý a nemocní opilci, závislí se prostě nudí a určitě mají AIDS, Romové vás dozajista zmlátí a okradou. Je toho spousta, ale určitě bych chtěla říct, že ani s jedním výrokem se neztotožňuju.*“ S5 řekla: „*No, to je přesně ono. Schizofrenici jsou prezentováni jako nebezpeční, stejně tak bezdomovci a ted' taky hodně propírání muslimové. Já s tímhle tvrzením nesouhlasím. Kdo z nás se běžně setkává s muslimy a může tak říct, že jsou všichni nebezpeční? Myslím si, že jsou to lidé jako jiní, jen je jejich kultura pro nás na hony vzdálená a neznámá, proto v nás budí obavy. Já ale soudím každého, až ho poznám, to mě mimo jiné naučila zdravotnická profese.*“ S6 sdělila: „*Je jasné, že na člověka léčícího se ze závislosti se společnost dívá trochu skrz prsty.*“ S7 uvádí: „*Bezdomovců se lidi bojí. Nebudu dělat machra, taky bych se bála projít v noci podchodem, kde sedí dva bezdomovci. Z psychický nemocných si tropí žerty, nechápou vážnost jejich situace. Ty lidi jsou většinou chudáci.*“ Sestra S8 řekla: „*Ano, jak jsem řekla. Na Romy se pořád nadává. Já třeba nesouhlasím s udělováním sociálních dávek, jenom ždí mou stát a nechtějí pracovat, obecně si myslím, že tihle lidé*

by se mezi nás neměli moc míchat. Strach mám i z přistěhovalců. Ale drogově závislých se třeba nebojím. Lidé, kteří trpí nějakých tělesným handicapem, mi taky nedělají žádný problém.“ Sestra S9 udává: „Skoro každý člověk se ohlédne za někým, kdo je slepí, protože ví, že ho ten druhý neuvidí a možná o něm taky něco prohodí. Odlišnost budí v lidech, zvědavost, ale i zkreslené představy. Teď si taky všichni myslí, že lidé, co k nám přichází z východu jsou všichni muslimové. Já zase vím, že hodně jich je i křesťanů a vůbec, tady přece nezáleží na vyznání. Jde o prachsprostý rasismus vůči barvě pleti. Obézní lidé zase budou některým připadat nechutní. Já jako sestra stojím na pokoji proto, abych každému pacientovi bez rozdílu pomohla a ne ho soudila. To, co dělá nebo jaký je v soukromí mě nezajímá.“ Sestra S10 sdělila: „To souvisí s tím, co jsem teď říkala. Romové nepracují, to je věc, kterou vám řekne skoro každý, kterého se zeptáte. Já jsem přitom s mnoho Romy už pracovala, a pokud se k nim od začátku chováte nezaujatě nehledě na barvu pleti nebo diagnózu, jsou k vám neuvěřitelně milý a dobrosrdeční. Myslím, že tudy vede cesta. Neobhajovala bych obézní lidi, snad bez výjimky to byli vždycky ti, kterým se do ničeho nechtělo, byli líní a jenom se cpali. Sama hodně cvičím a tohle mi přijde odporné. Genetika tady hraje minimální roli.“ Následující respondentka S11 odpověděla: „No, to bude asi o tom, že si zaměstnavatelé myslí, že jsou nespolehlivý. Ale jak říkám, není k tomu důvod. Těm lidem se tak hrozně zlepši psychika, když jim dá někdo druhou šanci. Bezdomovci jsou vnímáni jako špinavý a vlezlí. Ani to bych nepotvrdila. Řeknete, kolik z nás se dostává do nějakého častějšího kontaktu s bezdomovci a může tohle tím pádem potvrdit?“ Pokračovala sestra S12: „Tak to vezmeme popořadě. Bezdomovci smrdí, lidé se jich bojí. Pravda, jsem z vesnice a tak jsem jich ještě moc nepotkala, ale s tímhle nesouhlasím. Oni smrdět můžou i lidi, kteří mají nádhernou koupelnu, že jo. Cizinců se lidé bojí, budí v nich nedůvěru, obzvlášť teď, když je tady ta velká imigrační vlna. Já jsem snad nepotkala ani jednoho, tak jak bych mohla prohlašovat, že jsou nebezpeční? Obézní ani psychicky nemocní mi nevadí. Jsem natolik profesionální, že si nedovolím vystoupit z téhle role před nikým, s kým se v nemocnici setkám.“ Sestra S13 odpověděla: „Lidi se bojí bezdomovců, protože panuje zažitý předsudek, že jsou nemocní, což někdy asi můžou být, ale není to podle mě něco, podle čeho bych hned člověka soudil. Můžou to být dobří lidé. Drogově závislých

přibývá, což je podle mě to nejvíc alarmující, co by se mělo řešit. Vážně, ke všem se snažím chovat stejně.“ Předposlední sestra S14 udává: „No, asi má. O přistěhovalcích už se toho navykládalo. Moc tomu nevěřím. Většinou nic není černé nebo bílé. Počkám si a radši si udělám názor sama. Bezdomovci jsou mi jedno, v nemocnici s nimi nebyvá problém, přijdou se většinou jenom ohřát, nic jim není.“ Sestra S15 řekla: „Stereotypy u cizinců jsou hodně časté. Já si o nich nemyslím nic špatného, proč taky, když mi nic neudělali. Nedá se všechny házet na jednu hromadu. Alkoholici a lidi, co berou drogy, by se určitě měli léčit, protože jsou nemocní, ale neodsuzovala bych je. Kdo ví, třeba se objeví nějaký problém a já začnu pít taky (směje se).“

Shrnutí – stereotypy sester vůči potencionálně stigmatizovaným lidem

Méně než polovina z dotazovaných sester se přiklání ke stereotypům, které ve společnosti panují ohledně lidí bez domova, závislých na alkoholu a drogách. Sestra S8 vykazuje stigmatizující pojmy u romských pacientů. Sestra S10 má negativní názor na osoby s diagnózou obezity, kteří jsou podle ní jen líní a připadají jí odporní. Sestra S14 řekla, že „*bezdomovci se chodí do nemocnice jen ohřát*“. Sestry S1, S4, S5, S9, S11, S12, S13, S15 se jasně distancují od unáhlených názorů na takovéto pacienty. Sestra pod zkratkou S7 psychicky nemocné lituje.

4.2.5 Obavy sester z potencionálně stigmatizovaných pacientů

Poslední otázka v tomto bloku zněla takto: Řekl/a byste, že veřejnost má opodstatněné obavy z lidí, které pobývaly na oddělení léčby závislostí? Sestra S1 řekla: „*Ne, to určitě ne. Jsou to jenom lidi, kteří mají problémy a řeší je svérázně. Ne, pokud se léčí, tak je jedno, jestli jsou takoví nebo makoví.*“ S2 odpověděla: „*Neřekla bych. Pokud svoji léčbu berou vážně a nezneužívají lidské dobroty tak určitě ne. Já se řídím heslem, od svého oblíbeného spisovatele Fulghuma – Pořádně se dívej, se souzením lidí pomalu, buď užitečný.*“ S3. řekla, že: „*Řekla bych, že jsou to lidé, kteří si neváží svého zdraví a obzvlášť ti mladší to dělají pouze z nudy. Jsou nezodpovědní. Být to moje dítě,*

seřezala bych ho. Feťáci mohou mít žloutenku nebo AIDS. Pokud jsou vyléčení, už bych se jich neobávala.“ Další sestra S4 sdělila: „Já nevím. Určitě má každý člověk možnost volby a druhé šance, takže pokud se začne léčit, určitě bych to ocenila a nezavrhovala ho. Nemůžu říct přece o každém, že už je ztracený případ a odepsat ho. Lidé dělají chyby, ale chybovat je lidské.“ Dále dotazovaná sestra S5: „Víte co, řekl bych, že závislí jsou natolik specifická skupina, že ostatní s nimi ani moc do kontaktu nepřijdou. Ti, co si píchají, shání „matroš“ od sobě podobných a alkoholicí zase pijí někde v ústraní. Osobně si nemyslím, že by takový lidé byli nějak nebezpeční a není důvod je diskriminovat.“ S6 sdělila toto: Určitě ne, pokud budou abstinovat. Jsou to jedinci jako všichni ostatní. Je to stereotyp, který si těžce vyvrací, ale každý člověk je individuální a tak by se k němu měli ostatní také chovat. Všichni nejsou nebezpeční a nezodpovědní.“ Sestra S7 řekla: „Ne, to bych neřekla. Myslím, že nejsou nebezpeční, ale asi trochu neodpovědní a nedá se na ně spolehnout.“ Sestra S8 uvádí: „Ne, to je hloupost. To jsou ta média, která když o nich mluví, vykresluje je jako psychopaty a vrahy, kterých je potřeba se bát.“ Následující sestra S9 odpověděla: „Ne, to je určitě jenom mylná představa, že tito lidé, mají všichni AIDS nebo žloutenku, na to se ptáte, vidíte?“ Sestra S10 sdělila: „Ne, to je blbost. Proč by se jich měli bát?“ Další sestra S11 odvětila: „To taky. Co kdyby měli HIV nebo tak něco. Já mám pro strach uděláno (smích). Ne, vážně, není se čeho bát.“ Sestra S12 řekla, že: „Ne, ať si o nich prvně něco přečtou nebo si s nimi popovídají a pak až soudí.“ Sestra S13 odpovídá následovně: „Jestli myslíte to, že by mohli být nebezpeční, tak bych řekl, že ne. Je to blbost.“ Předposlední sestra S14: „,, Většinou se potulují někde po ulici jako trosky, tak bych se vsadila, že mají minimálně žloutenku nebo něco horšího. Takže asi jo, obavy jsou na místě.“ Sestra pod zkratkou S15 říká: „Neřekla bych, že jde o obavy, ale asi opovržení. To opodstatněné není. Obavy z nich nemám, při odběru krve si беру rukavice vždycky, tak je jedno, jestli někdo užívá pervitin nebo ne.“

Shrnutí – Obavy sester z potencionálně stigmatizovaných pacientů

Na poslední otázku ze sekce o opodstatněnosti obav k těmto osobám odpověděly sestry S1, S2, S4, S5 a S6, S8, S9, S10, S11, S12 a S13 tedy většina, že k těmto obavám

se nepřiklání. Jen dvě dotazované sestry mají obavy z lidí závislých na drogách a uvádí, že mají nakažlivé choroby. Sestra S7 uvádí, že na lidi, kteří v anamnéze mají drogovou závislost, se nedá spolehnout.

4.2.6 Spolupráce s potencionálně stigmatizovanými pacienty

Druhá část rozhovoru se sestrami začala otázkou, zdali se setkal/a v zaměstnání s osobou patřící k národnostní menšině/pacienty s obezitou/psychickou poruchou/pacientem bez domova/tělesným postižení a pokud ano, jak jste vnímal/a společnou spolupráci? První sestra S1 řekla, že: „*Ano, V pohodě. Jednou mě nějaký pán, co měl problém s alkoholem, nazval starou krávou, ale vzhledem k tomu, že měl pokročilou demenci a byl letitým alkoholikem, jsem to vážně nebrala.*“ S2 sdělila: „*Nemám s nimi problém. Žádný z nich mi nikdy nic neudělal a to že o ně byla náročnější péče, je jenom další výzva, která mě jako sestru posouvá dál.*“ S3 řekla: „*Ano, cizinci většinou neumějí česky a to bývá problém. Já sama umím akorát lámaně rusky a maličko německy. S tělesně postiženými problém nemám, to je u nás taky častá diagnóza. Párkrát tu byli schizofrenici, ale zaléčení, takže s těmi taky nebyl problém. O bezdomovcích už jsem mluvila.*“ S4 uvedla: „*Ano, jistě. Někdy je to určitě náročnější, ale je to o domluvě. Nemám ještě tolik praxe jako moje kolegyně, ale snažím se být trpělivá a přistupovat k lidem individuálně.*“ S5, pátá v pořadí odpověděla na otázku následovně: „*Chápu, kam tím míříte, samozřejmě ano. Co se týče národnostních menšin, tak jsem tady potkal už kde koho. Spousta Slováků, Romů, Ukrajinců a několik Vietnamců. Co si vzpomínám, žádný nebyl nějak výrazně problémovější než Češi. Obézní lidi tady taky máme, to je prostě součást dnešní doby. Když lidé říkají, že se někdo „vyžral“, nesouhlasím s tím. Obezitu způsobí nemoc a ta může být buď těla, anebo duše. Nic jiného neexistuje. O psychicky nemocných jsem mluvil, jsem na ně zvyklý, nemám s nimi problém, ale chce to trochu cviku. Bezdomovce tady moc nemíváme, ti se léčí většinou ambulantně. Ve skutečnosti je mám docela rád, jsou to povídavý lidé, jak tam na té ulici žijí samotářky, takže pokud mám čas, poslouchám*

jejich životní příběhy, které jsou někdy vážně zajímavé. A cože to poslední? Jo, tělesná postižení. No, tak co bych to byl za zdravotníka, kdyby mi někdo takový vadil?“ S6 uvedla: „Ano, samozřejmě. Nemám s nimi problém, člověk jako člověk.“ Pokračovala sestra S7: „Ano, samozřejmě. Nemám s nimi problém. Nic se mi nevrylo do paměti tak moc, aby mě to nějak poznamenalo.“ Sestra S8 řekla: „Jo, jo. Popravdě, alkoholiky nemám ráda, ti u nás na chirdě nemají ani co dělat. Kolikrát mám chuť jim říct, že kdyby nechlastali, nemuseli si tu nohu zlomit. Zásadně taky nedodržují léčebný režim, když mají třeba otřes mozku a druhý den podepisují revers. Obézní jsou v pohodě, bezdomovci nebývají na denním pořádku. Psychicky nemocní taky moc ne, ale nemám s nimi špatné zkušenosti.“ Sestra S9 říká, že: „Jo, jo. Těch národnostních menšin moc nebylo, protože třeba Slováky moc nemůžu počítat. To se rozmáhá až teď, když mám pár let do důchodu. Když se přizpůsobí nemocničnímu řádu, což je povinností každého pacienta, nevidím v nich problém. Ani nikdo z těch skupin, které jste vyjmenovala, mi nevadí.“ Následovala sestra S10, která udává: „Jistě. Na ambulanci moc často ne, ale tady na psychiatrii jich tady už prošlo. Není s nimi problém. Až na ty tlustochy, ty k něčemu dokopat, však to znáte sama.“ Sestra S11 odpověděla: „Jasně. Dělávala jsem na traumatologii teď jsem tady na psychiatrii, kde mám možnost spolupráce mnohem častější. Je fakt, že na traumačce, když byl někdo hodně při těle, boleli vás z něho záda, ale to se nedá nic dělat. Byl to taky pacient. Teď už jsem zvyklá na všechno a všechny, takže jsem v pohodě. Hodně jsem profesně vyrostla, i když to zní, že mám nos navrch, je to pravda.“ Sestra S12 odpověděla toto: „Ano. Už je to dlouho, co pracuju, když do toho započítám i ty léta mateřské, už si každého nepamatuju. Ale fakt mi v hlavě neutkvělo nic, na co bych nerada vzpomínala.“ Sestra S13 sdělila, že: „Ano, jasně. Hmm, nijak výrazně nevyčnívali. On když se člověk dostane do nemocnice, tak je na tom většinou blbě a pak seká latinu, aby byl co nejdřív zase doma.“ Sestra S14 pokračovala: „Ano. Psychotici jsou zvláštní lidi, mají svůj svět, ale taky s nimi problém nikdy nebyl. Na chirdě je moc často nemáme. Ale člověk si ťuká na čelo, když vidí, jak si pro sebe něco brebtají a mají halucinace. Samozřejmě si před nimi zachováváme profesionalitu. Všichni ostatní jsou bezproblémoví.“ Sestra pod zkratkou S15 udává: „Ano. Obézní klienti jsou tady hodně. Však tloušťka je teď hodně aktuální problém. Ty lidi jsou

takový, jaký, jsou, většinou je můžete poučovat, jak chcete a nic si z toho nevezmou. Tak to už jsem vzdala, o tom, že by měli zhubnout, už se ani nezmiňuju, i když vidím, že by to bylo potřeba. Psychicky nemocní jsou fajn, nemám s nimi problém. Nabízí mi takový jakýsi nový náhled na věci, což je docela povznášející.“

Shrnutí - spolupráce s potencionálně stigmatizovanými pacienty

V předposlední části rozhovoru se sestrami vyplynulo, že všechny dotazované se za svoji praxi setkaly alespoň s některými skupinami obyvatel, které jsou náchylnější ke stigmatizaci. Téměř všechny také uvedly, že s těmito pacienty nemají problémy v praxi. Pouze sestra S15 uvádí, že pacienty s obezitou už needukuje o stravě, protože je to zbytečné, když stejně neposlouchají. Sestra S14 říká, že si sama pro sebe ťuká na čelo, když vidí, jak se psychicky nemocní chovají. Sestry S8 vykazuje stigmatizující pojmy jako „alkoholici“ a S10 nazývá pacienty s diagnózou obezity „tlusťochy“.

4.2.7 Komunikace s potencionálně stigmatizovanými pacienty

Následující otázka v tomto rozhovoru zněla takto: Bylo Vám nepříjemné komunikovat s takovým člověkem? S1 řekla: „*Ne, nedělám mezi lidmi rozdíly.*“ Sestra S2 uvedla: „*Ne, nedělám mezi lidmi rozdíly.*“ S3 odpověděla: „*Pokud je na mě někdo sprostěj nebo nechce spolupracovat, samozřejmě je to nepříjemné, ale to vám může udělat i kdokoliv jiný, takže je to asi jedno.*“ S4 sdělila: „*Rozděluju lidi pouze na to, jestli jsou introverti nebo extroverti a podle toho vím, jak s nimi mluvit. Někdo vám neřekne skoro nic, ale není to proto, že by byl agresivní bezdomovec, ale proto, že prostě jen nemá potřebu tolik mluvit.*“ S5 řekla, že: „*To souvisí s předchozí otázkou. Po těch letech skousnu všechno a nic si neberu osobně. Někteří lidé tady kolikrát ani nejsou při smyslech a když pochopí, oč tu jde, sami se ještě omlouvají. S každým jedním stejně.*“ S6 uvedla: „*Nebudem si nic nalhávat. Pokud výrazně zapáchá, anebo je protivnej, nepříjemné to je. Ale musíme si držet tu profesionální roli.*“ Sestra pod zkratkou S7 řekla: „*Ne, pokud mě nikdo neuráží, tak nebylo.*“ Sestra S8 odpověděla

následovně: „Když jsou alkoholici protivní, protože se nemůžou napít, moc se mi s nimi nechce vybavovat, co vám budu povídat. Jinak se snažím se všema prohodit alespoň pár slov, podle množství práce.“ Poté se vyjádřila sestra S9: „Ne, opravdu nedělám rozdíly. Proč taky?“ Další sestra S10 řekla, že: „Ne, to je mi zase jedno, kdo je kdo.“ Sestra S11 odpověděla: „Ne, ne, to máte fuk, s kým vedete řeč.“ V pořadí dvanáctá sestra S12 udává: „Ne, to snad ani ne.“ S13 řekla toto: „Ne, jsem extrovert jako řemen, nevdá mi bavit se s různými lidmi.“ Předposlední dotazovaná S14 sdělila: „Nesnáším komunikaci s cizinci, nerozumím jim a oni mě, pak je to trapný a stejně k ničemu nedojdeme. Měli by mít speciální nemocnici. Většinou se s nimi nebavím a prostě jim výkon provedu.“ A poslední S15 odpověděla takto: „Ne, to ne. Když mám náladu mluvit, mluvím s každým, ať už je takový nebo makový.“

Shrnutí – komunikace s potencionálně stigmatizovanými pacienty

V otázce cílené na přímou komunikaci s takovými osobami se téměř všechny sestry shodují na tom, že mezi lidmi nedělají rozdíly a snaží si zachovat svoji profesionální roli. Pouze sestra S14 sdělila, že „nesnáší komunikaci s cizinci a že by měli mít speciální nemocnici.“

5 Diskuze

V bakalářské práci na téma *Fenomén stigmatizace v komunikaci mezi sestrou a pacientem* jsem si stanovila celkem tři cíle. Prvním z nich bylo poukázat na to, že i sestry se mohou při své praxi dopouštět stigmatizace a to zejména při komunikaci s pacienty. Druhým cílem bylo zjistit, jestli se sestry opravdu stigmatizace dopouštějí a jaké faktory jsou při tom přítomny. Poslední, třetí cíl mapoval, jak se stigmatizace na pacientech se strany sester projevuje ve vzájemné komunikaci. Pro zjištění těchto záměrů jsem si nadále stanovila výzkumné otázky, které zněly: Jaké povědomí mají sestry o pojmu "stigmatizace"? Jak se odrazí v komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu zjištění, že pacient patří do skupiny lidí inklinujících ke stigmatizaci? Jakým způsobem se projevuje stigmatizace v komunikaci vedené sestrou k pacientům? V jaké formě se setkali pacienti se stigmatizací při komunikaci ze strany sester?

Následně byly provedeny rozhovory se sestrami z chirurgického a interního oddělení a také na oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrické nemocnici, abych zároveň zjistila, jak moc se liší odpovědi sester z běžné nemocnice a nemocnice psychiatrické. Pro zajištění validity výzkumu byli dále zvoleni pacienti, kteří již někdy byli hospitalizováni, ať už kvůli psychickým či somatickým zdravotním problémům. Oba typy rozhovorů trvaly nejméně třicet minut. Každému respondentovi jsem se nejprve znovu představila a uvedla cíle svojí práce a poté ho požádala, aby se sám stručně představil. Byly shromážděny odpovědi od pacienta bez domova, respondentky s psychickou poruchou, pacienty s obezitou, muže s diagnózou chorobného hráčství, pacienta se závislostí na alkoholu a drogách, chorobnou uživatelku benzodiazepinů a dvou respondentů z řad národnostních menšin. Každý z osmi dotazovaných pacientů byl nejméně jednou hospitalizován, nejvýše až sedmkrát. Na otázky odpovídali čtyři ženy a čtyři muži v různých věkových kategoriích od devatenácti až do šedesáti devíti let věku. Pro snadnější orientaci v jejich identifikačních údajích slouží Tabulka 1.

Dotazované sestry tvořily věkovou skupinu mezi 25 - 57 lety s délkou ošetrovatelské praxe 3 – 33 let. Pět z nich pracuje v ambulantní sféře a deset zbývajících

na lůžkových odděleních. Dvě sestry disponují speciálními doškolovacími kurzy, zbylé mají buď pouze středoškolské vzdělání na zdravotní škole, nebo bakalářský titul v oboru všeobecná sestra. Ke zřehlednění základních údajů o dotazovaných sestrách je určena Tabulka 2.

Marková, Venglářová, Babiaková (2006) udávají ve svojí publikaci informaci o tom, že muži pocítují stigmatizaci více než ženy. Dle mých otázek položených pacientům se však ukázalo, že tři respondentky, P4, P6 a P8 se během svojí hospitalizace se stigmatizujícími pojmy či chováním setkaly. Některé dokonce několikrát a vnímají tak tuto hospitalizaci spíše negativně. Pouze respondent P3 tvořil jediného ze čtyř dotazovaných mužů, který udává stigmatizaci, nikoliv však ze strany zdravotníků. Každý ze stigmatizujících jevů, se kterými se dotazovaní setkali, měl spojitost s jejich diagnózou. Odpověď respondentky P4 se vztahuje k výzkumné otázce V3, která se zabývá konkrétním projevem stigmatizace v komunikaci mezi sestrou a pacientem. Z odpovědi vyplývá, že pacientce nebyla udělena nálepka v přímé komunikaci, ale vyslechla ji, když se sestry bavily mezi sebou. Respondentka P8 však byla přímo nazvána „*rozmazleným frackem*“ a také, že by „*potřebovala pořádně seřezat*“. Dle mého názoru si sestra nemůže za žádných okolností dovolit nazvat pacienta pojmem, který se vztahuje k jeho diagnóze, ať už je jakákoliv. Je to v rozporu s etickým kodexem Mezinárodní rady sester (ICN) a také nepřípustné, jak v přímé mluvě s pacientem, tak při rozhovoru s kolegyněmi. Nezáleží pak vůbec na tom, zdali by mohl pacient hovor vyslechnout, ale souvisí s všeobecně uznávanou rolí sestry. Také si nemyslím, že více by byli stigmatizováni právě muži. V udělování nálepek pohlaví roli nehraje.

V otázce mířené na odmítavé chování ze strany personálů většina respondentů odpověděla, že sestry na ně byly milé a neměly s nimi žádný problém. Respondentka P6 uvádí, že sestrám nestála ani za úsměv a respondentka P8 řekla, že se s odsuzujícím chováním také setkala. I respondentka P4 se zmiňuje o nadávce na svou osobu. Pokud měli dotazovaní pacienti uvést, jestli se jim zdálo, že se komunikace a přístup sester lišil u nich a jiných pacientů s rozdílnou diagnózou, většina se opět shoduje na tom, že nelišila. Stejně tak, jako při předešlé otázce respondentka znovu zopakovala výrok o

urážejícím nařčení, respondentka patřící k ukrajinské národnosti vnímala, že pokud například čeká na přijetí do ordinace, stává se, že přednostně jsou zavoláni ti, kteří přišli až po ní. Také vnímala úsečnost ze strany sester, aniž by si byla vědoma nějakého prohřešku z její strany. Respondentka P3 léčící se pro závislost na lécích uvedla, že při hospitalizaci jiných dětí se sestry chovaly mnohem lépe k nim, než k ní. Respondent P7 sdělil, že sestry tu pro něj vždycky byly a mohl se jim kdykoliv svěřit.

Zacharová, Šimčíková-Čížková (2011) píše o základních vlastnostech každé sestry. Jednu z nich pak tvoří univerzalizmus. Ten by měl v praxi vypadat tak, že poskytovaná péče musí mít rovnocenný charakter pro všechny osoby bez rozdílu. Souhlasím s těmito informacemi. Každá sestra musí jednat velmi individuálně a empaticky, nehledě na to, jak moc velkou výzvu pro ni činí péče o pacienta. Nelze projevovat své momentální emoční rozpoložení. Nesouhlasím s předsudky ohledně jakýchkoliv pacientů. Základní pravidlo při styku s člověkem, ať už pracujete ve zdravotnictví nebo ne zní, nesoudit člověka na základě něčeho, co jsem se o něm doslechla, aniž bych si danou informaci od něj ověřila. Při rozhovorech byla na respondentech, kteří se se stigmatizací potkali vidět nervozita a zároveň rozhořčenost. Dokážu si představit, jak na ně v daném okamžiku muselo chování sester působit. V momentě, kdy se člověk ocitá v nemocnici, stává se ohroženějším a také psychicky labilnějším z důvodu onemocnění. Na zdravotnicích je, aby psychiku pacientů dokázali pozdvihnout a ne ji podkopávat. V rozhovorech s pacienty bylo zjištěno, že některé sestry si roli univerzalizmu nezachovávají.

Zacharová a Šimčíková-Čížková (2011) dále uvádí, že sestra nesmí zapomínat na to, že je s pacientem v neustálé interakci a to, i když zrovna nemluví. Neverbální projevy jako jsou například gesta, držení těla a vzdálenost, kterou si od pacienta drží, také slouží ke komunikaci a ač to na první pohled nemusí být patrné, pacient je citlivě vnímá. Jak uvádí Quisová (2009) pro pracovníka v pomáhající profesi je také nutné, aby byl dostatečně vzdělaný v psycho-sociálních vědách a neustále na sobě pracoval. Každý takový pracovník by pak měl mít na paměti, že nestandardní chování ze strany pacienta může být zapříčiněno těžkou životní situací, ale i tak si stále pracovník musí umět zachovat profesionální. S tímto tvrzením je přímo v rozporu chování sestry k pacientce

P4, která si nadávku na vlastní osobu vyslechla nepřímo při rozhovoru sester mezi sebou.

Mahrová, Venglářová (2008) ve své publikaci píše, že například pacientům s psychickou poruchou rozhodně nebudeme říkat, že se zbláznili, pokud nás budou ubezpečovat o tom, že jejich bludy jsou skutečné. Stačí věty zaobalit tak, abychom projevili dostatek empatie a porozumění s tím, v jak těžké situaci se pacient nachází, ale zároveň ho v mylných představách nepodporovali. Není špatné vyjádřit nesouhlas, ale učinit tak můžeme velmi citlivě. To, že se dotazovaná pacientka P4 setkala s pojmenováním „*bláznivka*“ je velmi hrubé. V publikaci od Dvořákové a kolektivu (2008) se dočteme o principech multikulturní filozofie od Briana Faye, jehož rady zní, že o lidech nesmíme smýšlet tak, že jsou odlišní. Lze vycházet z toho, že podobnost a odlišnost, jsou termíny, které jdou společně ruku v ruce. Tím, že se nebudeme snažit upevňovat ani překonávat rozdíly s lidmi, se kterými pracujeme, rozšiřujeme svůj osobnostní růst, který patří ke kladným vlastnostem pracovníků v pomáhajících profesích. Na základě toho, co jsem se dozvěděla z výpovědí pacientů, si myslím, že právě tyto vlastnosti jsou velmi důležité pro každou sestru a pomáhají při spolupráci jak s pacienty národnostních menšin, u kterých je většinou odlišnost ihned patrná, tak i s těmi, kde se po rozdílech musí pátrat.

Následující stránky se budou zabývat odpověďmi sester. V první otázce jsem se zaměřila na to, jestli sestry ví o možnosti stigmatizace v podobě odstupu k některým skupinám obyvatel. Všech patnáct sester odpovědělo, že předsudky ze strany jiných lidí existují.

Následovala otázka, která se zabývala konkrétní oblastí, ve které je podle sester nejvíce patrná stigmatizace. Drtivá většina sester se shodla na tom, že největší problémy mají pacienti inklinující ke stigmatizaci v zaměstnání. Uvedly, že někteří práci ztratí, anebo je kvůli diagnóze nechtějí zaměstnat. Sedm dotazovaných respondentů také řeklo, že s dalšími problémy se potýkají také v sociální sféře. Sestra S1 uvedla, že na základě zevnějšku často lidé ostatní odsuzují, s tím se však neztotožňuje. Také že pacienti bez domova jsou vnímáni jako „*alkoholici*“. Sestra S2 uvedla, že mnohá manželství se rozpadají kvůli drogám a alkoholu. Respondent S5 mi sdělil, že se setkává s negativním

postojem rodiny u pacienta s nově diagnostikovanou psychickou poruchou. Rodina si prý mnohdy neví rady a tak trvá na tom, že jejich příbuzný by měl být „*držen pod zámkem, jakožto nebezpečný maniak.*“ Zároveň mluví o sestřích, které zaujímají stejný názor, tuto informaci jsem si však neměla jak ověřit. S těmito výroky koreluje i publikace od H.M. Annise a kolektivu (2013), kde se uvádí, že podle studie ve více jak polovině rozvodů hraje velkou roli alkoholismus. Výroky sester se tedy shodují s odbornou literaturou, kde je patrné, že dopad diagnózy na osobní život pacientů není zanedbatelný.

Jak udává Průcha (2001), opravdu existují lidé, kteří mají mnohem větší riziko stigmatizace než jiní. Jedná se zejména o národnostní menšiny, lidé se zhoršenými sociálními podmínkami a osoby s rozdílným náboženstvím. Schomerus (2011) píše, že mnoho lidí závislých na alkoholu svoje problémy dlouho tají, neboť se velmi stydí za to, jak nad sebou ztratili kontrolu a zároveň mají obavu o svoje zaměstnání. To se potvrdilo i v rámci mých rozhovorů. Dvořáková a kolektiv (2008) zmiňuje ve svojí knize, že Češi vnímají cizince z dálného východu jako nebezpečné jedince. S tím se shoduje i výrok sestry S8. Z imigrantů má tato sestra strach.

V publikaci od Markové, Venglářové, Babiakové (2006) se můžeme dočíst o oblastech, na kterých se mnohdy nesmazatelně zapíše to, že se nějakým způsobem lišíte od většinové společnosti. Předsudky a stereotypy zasahují do osobního života, zaměstnání, bydlení. Mnohdy se odrazí i v rodině. To také vyplynulo z mého výzkumu, kdy sestry uváděly stejné oblasti, kde se může stigmatizace projevit.

V další otázce jsem se podrobněji ptala na stereotypy a předsudky, které mohu ve společnosti figurovat. Opět i zde se všichni dotazovaní shodli na tom, že předsudky alespoň k jedné ze skupin inklinujícím ke stigmatizaci existují. Sestry S3 až S6 řekly, že stereotypy, které si s sebou společnost nese, samozřejmě zná, ale rozhodně takto o lidech nesmýšlí. Sestra S8 uvádí až rasistické poznámky o romské menšině. Dotazovaná sestra S14 tvrdí, že „*bezdomovcům nic není a do nemocnice se jdou pouze ohřát.*“ Sestra S2 ví, že „*bezdomovci jsou vnímání jako pobudové s flaškou v ruce*“, což je tvrzení, které potvrzuje i Beňová (2008), podle které společnost shlíží na osoby bez domova jako na líné, nebezpečné a dotěrné.

V rámci této problematiky je nezbytné zmínit ženu, která se zasloužila o zásadní rozvoj ošetrovatelství. Madelaine Leiningerová, která v 50. letech minulého století vytvořila ošetrovatelský „Model vycházejícího slunce“ (viz Příloha 5). Zkoumala tedy vliv kulturních odlišností na zdravotní stav pacienta. Cílem pro ni bylo zajistit lidem jiných kultur takovou péči, kde tato jejich specifika budou zahrnuta. Tento model zahrnuje složku odlišných hodnot, vnímání zdraví a nemoci, ekonomické zázemí a životní styl. Pacientům se specifickými potřebami by pak podle tohoto modelu měla být sestra schopna poskytnout plnohodnotnou péči zahrnující všechny tyto předpoklady (Špirudová, 2006).

Plně souhlasím s tímto modelem. Pokud by ho sestry užívaly v praxi, mohly by se více soustředit na specifika jednotlivých pacientů a zajistit jim tak individualizovanou péči. S rozhovorů s pacienty, kdy například P8 uvedla to, že sestry se k ní stavěly velice odmítavě jen na základě její diagnózy bez přihlídnutí na problematiku s ní spojenou. V době hospitalizace měla psychické a rodinné problémy, o kterých sestry vůbec nevěděly, vyžadovala tedy naprosto odlišný přístup, než jí byl nabídnut.

Následující otázka, kterou jsem položila, se týkala opodstatněnosti obav z osob léčících se pro závislost. Většina sester udává, že takový jedinci nejsou nebezpeční a nemají z nich obavy. Sestra S4 odvětila, že jsou to také jenom lidé, kteří dělají chyby a to je lidské. První dotazovaná sestra odvětila, že je to specifická skupina lidí, kteří svérázně řeší své problémy, a to není důvod je zavrňovat. Pouze jediná sestra S3 sdělila, že o takovýchto lidech si myslí, že hazardují se svým zdravím a neváží si ho. Zároveň dodala, že mladí lidé nezačnou pít či užívat jiné návykové látky kvůli problémům, ale jen proto, že nemají co na práci. Udává, že kdyby se jednalo o její dítě, „seřezela by ho“. Také nazývá závislé lidi „fetáky“ a tvrdí, že mají choroby jako je hepatitida nebo AIDS. Podobný výrok má i sestra S14. Dušek (2015) ve svojí publikaci uvádí několik faktorů, které mohou za vznik závislosti. Může se jednat o úzkost, kterou člověk pocítuje a alkohol či jiná droga mu poskytnou uvolnění. Jednou z příčin je i řešení konfliktů s ostatními. U léků může být jednou z důvodů i častá bolest hlavy, kdy nepřiměřeně často jedinec sahá po analgeticích, až už bez nich nemůže vůbec fungovat. I krizi v sexuálním životě někteří řeší návykovými látkami. Z těchto tvrzení tedy jasně

vyplývá, že pokud někdo začne užívat návykové látky, většinou to nebývá z nudy. Na pozadí vždy stojí nějaký nedořešený problém. S názorem sester S3 a S14 se tedy rozhodně nedá souhlasit.

Sestra, která má dostatečné vzdělání, pracuje na sobě tak, aby byla schopna poskytnout tu nejlepší péči každému pacientovi, se velmi zřídka může dopustit stigmatizace. To se mi potvrdilo i při rozhovorech se sestrami. Mladší ročníky byly nakloněny k různorodosti, kterou společnost disponuje, nevyhýbaly se vzájemné interakci a naopak se snažily ve svých výrocích pamatovat na individualitu každého člověka. Významně ovlivňuje smýšlení sester také to, jak často se setkávají například s pacienty s psychickou poruchou či léčící se ze závislostí. Další otázka se týkala spolupráce s konkrétními pacienty – lidmi bez domova, pacienty s obezitou, lidmi léčící se ze závislosti a národnostními menšinami, s tělesným handicapem, anebo psychickou poruchou. Všechny dotazované bez výjimky potvrdily, že právě s těmito osobami se ve své praxi setkaly. Sestra S1 udává, že s „*alkoholiky*“ zažila jeden exces v podobě urážky, ale nebrala to prý vzhledem k pacientovu stavu vážně. Respondentka S2 říkala, že jí taková práce nečiní potíže a bere ji spíše jako výzvu a podporu pro svůj kariérní vzrůst. Respondentka S3 se opírá o svoje předešlé odpovědi, ale zároveň vyřkla výrok o neznalosti češtiny z řady cizinců. To je samozřejmě diskutabilní, protože ne každý cizinec neovládá češtinu a naopak. Respondentka S4 uvedla, že prozatím s takovýmito pacienty nemá tolik zkušeností vzhledem k délce její praxe, ale rozhodně se snaží ke každému přistupovat individuálně. Sestry s S5, S6 mají téměř totožné výroky. Z jejich odpovědí vyplynulo, že každého člověka přijímají bez rozdílu, jaký je. Dotazovaný S5 o lidech s obezitou hovoří jako o těch, kteří mají „*nemoc duše či těla*“. Dle Sterna a Kazackse (2009) je obezita opravdu chorobou a to takovou, která je zapříčiněna různými faktory, které se mohou vzájemně kombinovat. Zjednodušeně se však dá rozdělit na příčiny metabolické, socio-kulturní, genetické a psychické. Všeobecný ošetřovatel S5 tedy podal ověřené informace.

Poté byla položena otázka mířená na to, zdali je sestram příjemné vést rozhovor s výše zmiňovanými pacienty. S1 uvedla pouze to, že mezi lidmi nedělá rozdíly. Respondentka S3 uvedla, že pokud někdo nechce spolupracovat nebo je k ní

nepříjemný, vnímá takovou komunikaci negativně. Na druhou stranu však udává, že takto se může zachovat úplně každý pacient, tudíž zde neshledává rozdíly. Zajímavou odpověď nabídla respondentka S4, která hovořila o rozdělení lidí pouze na dvě skupiny – introverti a extroverti. Podle toho k nim pak přistupuje. Udává, že pokud někdo mluvit nechce, není to kvůli tomu, že by byl třeba „*agresivní bezdomovec*“, ale prostě jen nemá takovou potřebu hovořit. Ani tato sestra tedy rozdíly v rozhovoru nedělá. Další odpověď mi poskytla respondentka S. Negativní spolupráce je, pokud se k ní někdo chová vulgárně a záporně hodnotí i nespolečnosti, avšak prý nerozhoduje, jakou diagnózu pacient má. Všeobecný ošetřovatel S6 mi sdělil, že je mu velmi nepříjemné, „*pokud pacient výrazně zapáchá a je protivný*“. Uvedl také, že si ale musí každá sestra udržet svoji profesionální roli, tudíž na sobě nedává nic znát. Některé sestry v praxi nerady přijdou do kontaktu nejvíce s cizinci, lidmi bez přístřeší a pacienty s obezitou.

Jak ve svém vědeckém článku píše Martins (2008), proběhl experiment, kde se účastníci výzkumu vydávali za lidi bez domova a následně se nechali hospitalizovat. Zkoumali, zdali ze strany sester bude přítomno rozdílné jednání, předsudky a odstup. Účastníci experimentu opravdu potvrdili, že se s nimi jednalo rozdílně právě proto, že byli bráni jako lidé bez domova. Někteří prý cítili, že k nim sestry nepocítují důvěru, jakoby se do nemocnice dostali pouze proto, že chtějí mít bezplatnou zdravotní a sociální péči. Jeden z pacientů také uvedl, že ačkoliv již teď má svůj vlastní byt, pořád se s ním jedná jako s pacientem bez domova. Někteří opravdoví lidé bez domova dále řekli, že sestry se k nim chovají s nedostatkem respektu, jako by byli hloupí jen proto, že jsou právě teď nemocní a leží v nemocnici. Někteří strážníci experimentu, vydávající se za lidi bez domova dokonce pocítovali, že se k nim chovají sestry „*jako k dobytku*“. Někdy museli také čekat desítky minut, než si jich vůbec někdo všiml a byli ošetřeni, i když lidé, co se dostavili až po nich, byli dávno přijati k vyšetření.

Pokud se soustředíme na pacienty s diagnózou obezity, podle dalšího výzkumu od Creelové a Tillmana (2011), jedna sestra udávala, že problém s těmito pacienty nastává už při nezákladnějších úkonech, jako je například měření krevního tlaku. K dispozici mají sestry jenom jednu manžetu, která je pro silnější pacienty příliš krátká, a tak tlak mnohdy ani nelze změřit. Tato sestra také udává, že jí v paměti utkvěl zážitek z dob

jejich studií, kdy se starala o „*morbidně obézní pacientku*“ a zdravotnický personál této ženě přezdíval „*kosatka*“. Dále se zde dočteme, jednotlivé zážitky pacientek trpících obezitou. Jedna prý zažila, jak jí sestry přemísťovaly na postel a další sestra, která stále jen ve dveřích, se ostatních sester ptala, zdali ji vážily. Když řekly, že ne, sestra se otočila a na chodbu zakřičela – „*sežeňte pro tu krávu plachtu*“. Dále sestry vinily pacientku, že kdyby nebyla tak obézní, krev by jí bez problému odebraly. Množily se i výpovědi od pacientek, které se setkaly s nonverbálními projevy stigmatizace ze strany sester, kdy se jednalo o znechucené nakrčení nosu při vzájemné komunikaci. Alarmující bylo i odmítnutí pacientku osprchovat, protože sestry se obávaly, že by mohla ve sprše upadnout a oni by ji musely zvedat, což by ublížilo jejich zádům. Sestry stigmatizují i osoby s psychickou poruchou, o čemž vypovídá článek od Rosse a Goldnera (2009). Většina sester převzala předsudky o lidech s psychickou poruchou z médií a historických pramenů, kde jsou uvedeny dezinformace, stejně jako běžná populace. Shlíží na ně jako na bizarní, nepředvídatelné a mnohdy i nebezpečné. Tématem se zabývá i Marková, Venglářová, Babiaková (2006). Duševně nemocný člověk si často vyslouží nálepku „*blázna*“, se kterou se lze hodně setkat v anekdotách, v televizi nebo literatuře. Takovéto pojmenování potvrzuje i pacientka P4 z mého výzkumu.

Sestry v rozhovorech sice uváděly, že mezi lidmi rozdíly nedělají, ale bohužel z vlastní zkušenosti vím, že tomu tak mnohdy není. Několikrát jsem se setkala s protáhlými obličejí, když některá sestra zjistila, že na oddělení bude přijat pacient žijící na ulici. Nelichotivé výrazy také nebyly výjimkou. Pacientům s obezitou je také dáváno najevo, jak obtížná je s nimi manipulace jasnou výtkou – „*jste těžký, já se s vámi nebudu tahat*“. Výpovědi sester a pacientů ze zahraničních zdrojů mě velmi překvapily. Je tristní, v jak velkém měřítku se doopravdy sestry stigmatizace dopouští, ale svoje jednání nepřiznávají.

Poslední otázka rozhovoru byla zaměřena na to, jestli si sestry myslí, že se společnost oprávněně chová odmítavě k pacientům závislým na drogách. Zde se potvrdily odpovědi, které už sestry jednou při rozhovoru sdělily. Téměř všechny se shodly na tom, že pokud se chtějí pacienti léčit, zaslouží si druhou šanci. Respondentka S2 uvedla, že drogově závislí „*nesmí zneužívat lidské dobroty*“ a brát svoji léčbu

nanejvýš vážně. Dvě sestry s S5 a S6 se ve svých odpovědích příliš neliší. Obě udávají, že každý člověk má možnost zvolit si svoji cestu, ale i udělat chybu a tak pokud se léčí, není třeba ho zavrhouvat. Podle Boekel et al. (2013) vyplynulo ze studie, že pacienti, kteří se léčí, či léčili s nějakou formou závislosti, se od sester mnohdy setkali s negativním postojem. Sestry osoby léčící se ze závislosti považují za manipulativní, násilnické a oplývající velmi nízkou motivací k léčbě. Sestry mají zároveň velmi malé povědomí o tom, jak pracovat s touto skupinou pacientů a jak je edukovat. S tímto výrokem souhlasím, neboť z praxe vím, že pokud je na oddělení pacient léčící se ze závislosti či s psychickou poruchou, sestry ihned eliminují svůj počet návštěv na onom pokoji a s pacientem mluví s despektem.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá možností stigmatizování v komunikaci, kterou vede sestra s pacientem. Zaměřili jsme se na skupiny lidí, kteří by mohli být ve zvýšené míře vystaveni stigmatizujícím prvkům. Po prostudování odborné literatury se potvrdilo, že jde právě o pacienty s psychickou poruchou, pacienty bez domova, pacienty s obezitou, národnostní menšiny, pacienty s tělesným handicapem a také ty, kteří se léčí se závislostí na alkoholu či drogách. Cílem výzkumného šetření bylo poukázat, na možné stigmatizování sester vůči pacientům v psychiatrické nemocnici a v běžném lůžkovém či ambulantním provozu nemocnice. Dílčím cílem bylo zjistit, zda ke stigmatizaci dochází v ošetrovatelské praxi a jaké jsou její verbální a nonverbální projevy. Následně jsme si položili čtyři výzkumné otázky. První zněla: *Jaké povědomí mají sestry o pojmu "stigmatizace"?* Druhá otázka byla zaměřena takto: *Jak se odrazí v rámci ošetrovatelského zjištění, že pacient patří do skupiny lidí inklinujících ke stigmatizaci?* Třetí výzkumná otázka zněla: *Jakým způsobem se projevuje stigmatizace v komunikaci vedené sestrou k pacientům?* A poslední otázka definovala formu stigmatizace, se kterou se setkali pacienti při komunikaci ze strany sester.

Odpovědi z rozhovorů se sestrami se váží k první výzkumné otázce, kdy sestry sdělily, že vědí o panujících předsudcích ve společnosti a o tom, že výše uvedení pacienti se mohou setkat s různými typy stigmatizace z řad společnosti, rodiny, ale i v zaměstnání a při hledání bydlení. Druhá výzkumná otázka byla naplněna, při dotazu, jak se sestrám spolupracuje s pacienty léčenými pro závislost, jak vnímají pacienty s obezitou, lidi bez domova, komunikaci s cizinci a lidmi s psychickou poruchou. Bylo zjištěno, že některé sestry se negativně staví k lidem žijícím na ulici, označovaly je jako nebezpečné, často nemocné a zapáchající, kdy je nutnost je provést při příjmu sanitárním filtrem. Jedna sestra také uvedla, že je při manipulaci s pacientem bez domova mnohem více obezřetná a při manipulaci si bere rukavice. Jedna sestra také odpověděla, že má obavu z „alkoholiků“. Některé se také shodují, že narkomani jsou nebezpeční a nezodpovědní. Bylo zjištěno, že na cizince se sestry dívají jako na ty, kteří zpravidla neumí česky, a bývá s nimi obtížná spolupráce.

Na třetí a čtvrtou výzkumnou otázku bylo odpovězeno prostřednictvím rozhovoru s pacienty. Dotazovaných pacientů bylo osm a pět z celkového počtu se shodlo na tom, že z řad sester se být stigmatizováni necítili. Uvedli, že s nimi bylo jednáno s respektem a sestry byly milé. Na druhou stranu zbývající tři dotazovaní se se stigmatizací setkali. Jejich zastoupení bylo různorodé – pacientka se schizofrenií, žena patřící k ukrajinské menšině a dívka se závislostí na benzodiazepinech. Zpravidla se jednalo o přímou verbální urážku, nebo situaci, kdy o sobě pacientka vyslechla hovor sester mezi sebou. Pacientka ukrajinské národnosti pak cítila, že je znevýhodněná vůči Čechům v poskytování zdravotní péče a nedostává se jí dostatek pozornosti.

V praktické části této práce bylo potvrzeno, že všechny sestry se stigmatizace na pacientech dopouštějí. Již užitím zastaralého výrazu „handicapovaný člověk“ takovémuto pacientovi udělují stigma. Nekorektní jsou i termíny „bezdomovec, narkoman, obézní člověk či alkoholik.“ Zároveň bylo dodatečně zjištěno, že sestry, pracující v psychiatrické nemocnici mají o stigmatizování v dnešní společnosti mnohem větší povědomí než zdravotnický personál z lůžkových oddělení a ambulantních ordinací. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že se nedá říci, zdali více stigmatizují mladší či starší generace sester. Došla jsem však k závěru o vyšším výskytu stigmatizace u sester ženského pohlaví.

Bakalářská práce pozitivně přispěje k vyšší informovanosti sester, ale i laické veřejnosti. V oblasti stigmatizace chybí naší společnosti důležité a vlastně ty nejzákladnější informace. Zjištěno bylo, že někteří lidé mnohdy nevědí, co stigma znamená. Důležitost edukace v tomto směru je nezbytná, protože existuje jenom velmi omezené množství odborné literatury v češtině, která se touto problematikou zabývá. Je nezbytné, aby v českém jazyce vyšlo mnohem více knih či odborných článků, které se budou problémem stigmatizace zabývat. Bylo by žádoucí, aby každá sestra disponovala kurzem zaměřeným na destigmatizaci, který v současnosti existuje. Zajisté by se dalo stigmatizování předejít, pokud by byl při studiu sestrám předkládán odpovídající studijní materiál. Tím by se tak mnohem více zlepšila kvalita poskytované péče a zároveň by se předešlo poškození psychiky pacientů. Práce poskytuje studijní materiál pro další, podrobnější bádání v oblasti stigmatizování.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AALBORG A. et al., 2005. *Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women*. Berkeley: Int J Obesity & Related Metabolic Disorders. ISSN 0307-0565.
2. ANNIS H.M. et al., 2013. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. New York: Springer Science & Business Media. ISBN 978-1-4899-1671-6.
3. BALÁŠ O. et al., 2010. Aktuální otazníky fenoménu bezdomovství. *Sčítání bezdomovců v Brně v roce 2010*. Brno: Centrum sociálních služeb. s. 7-8. ISBN-987-80-254-8895-9.
4. BEŇOVÁ N., 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava: o. z. Proti prúdu. 70 s. ISBN 978-80-969924-1-6.
5. BOEKEL L. et al., 2013. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. Mobile, Alabama, č. 7, s. 23-35. ISSN 0376-8716.
6. CREEL E., TILLMAN K., 2011. Stigmatization of Overweight Patients by Nurses. *The Qualitative Report*. [online] Fort Lauderdale, č. 5, str. 1330-1351. Dostupné z: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR16-5/creel.pdf>
7. ČTK, 2014. Charita: Kvůli lhostejnosti lidí umírají bezdomovci na ulicích. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. Praha: Mladá fronta a.s. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/charita-kvuli-lhostejnosti-lidi-umiraji-bezdomovci-na-ulicich-474540>

8. DVOŘÁKOVÁ J. et al., 2008. *Metody sociální práce s migranty a azylanty a jejich dětmi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-097-3.
9. *Discrimination and Racism in Health Care* [online], 2015. The United States of America: The American Nurses Association. [cit. 3.11. 2015]. Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Copy-of-prtetdisrac14448.html>
10. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
11. COHRAN S. et al., 2013. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, č. 7. č.: CD009453. Dostupné z: DOI: 10.1002/14651858.CD009453.pub 2.
12. CORIGAN P et al., 2014. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*. č. 15(2), 37 –70. DOI: 10.1177/1529100614531398.
13. GOFFMAN E., 2003. *Stigma. Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. 167 s. ISBN 80-8642-9-21-0.
14. HOLEČEK M., 2006. *Regulace metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-1562-9.

15. HRADECKÝ I., HRADECKÁ V., 2006. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. [online]. Praha: Naděje, s. 22-23. Dostupné z: http://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/1996bezdomovstvi_exv.pdf
16. CHODOROVÁ I., 2009. Stigmatizace duševně nemocných v současné společnosti. Diplomová práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta
17. IVANOVÁ K. et al., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Gada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
18. JANÁČKOVÁ L., WEISS P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
19. JANDOUREK J., 2012. *Slovník sociologických pojmů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
20. JANÍK A., 1987. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum. 197 s. ISBN 08-073-87.
21. JANOUŠEK J., 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
22. KALINA K, et al., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
23. KAMENICKÁ M., 2007. *Vybrané aspekty života jedinců se získaným postižením dolních končetin*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra speciální pedagogiky

24. KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E., 2009. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
25. KUSÁ Z., ONDREJKO I., 2006. Stigmatizácia a psychická porucha. *KONTAKT - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, č. 2, 273-276. ISSN 1212-4117.
26. LOUKOTOVÁ M., 2013. *Sexuální orientace versus diskriminace*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
27. MAHROVÁ G, VENGLÁŘOVÁ M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
28. MARKOVÁ E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada publishing. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
29. MARTINS D. C., 2008. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study. [online]. *Public Health Nursing*. Boston, č. 5, 420-430. [cit. 1. 3. 2016]. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Diane_Martins/publication/23279030_Experiences_of_homeless_people_in_the_health_care_delivery_system_a_descriptive_phenomenological_study/links/5456598a0cf2cf5164802f46.pdf
30. MINAŘÍK J., 2015. *Závislost*. [online]. Praha. [cit. 10.11. 2015]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/zavislost/>

31. NAVRÁTIL L., et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada publishing. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
32. OCISKOVÁ M., PRAŠKO J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada publishing. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
33. OCISKOVÁ M., 2014. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha 2:Česká lékařská společnosti J. E. Purkyně, č. 110(5), 250 -258. ISSN 1212-0383.
34. OPATRÍLOVÁ D., ZÁMEČNÍKOVÁ D., 2007. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 123 s. ISBN: 978-80-7315-137-9.
35. PEČ O., 2015. *Destigmatizace*. [online]. Praha. [cit. 26.10. 2015]. Dostupné z: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
36. PECHOVÁ J., 2007. *Romové a mezilidské vztahy*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální
37. PETERKOVÁ V., 2014. *Životní příběhy osob bez domova. Rozkrývání identit lidí na okraji soudobé společnosti*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
38. PRAŠKO J., 2001. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie*. Praha: Psychiatrické centrum, 3. LF UK, Praha, Roč. 5, č. 1, s. 32-37. ISSN 1211-7579.

39. PRŮCHA, J., 2001. *Multikulturní výchova – teorie - praxe - výzkum*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-72-2.
40. PUHL R., BROWNELLK. D., 2006. *Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese individuals*. The United States of America: Obesity a research jurnal. ISSN1930-739X.
41. QUISOVÁ S., 2009. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-551-2.
42. ROSS C. A., GOLDNER R. S., 2009. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. [online] Vancouver. č. 16, str. 558-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x/epdf>
43. SCHOMERUS G., 2011. *The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. Alcohol and Alcoholism*. Vol. 46, No. 2, s. 105–112. DOI: 10.1093/alcalc/agq089. Dostupné z: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/46/2/105>
44. STRÁNSKÝ M., RYŠAVÁ L., 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
45. STRAUSS L., CORBIN J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

46. STERN J., KAZAKS A., 2009. *Obesity: A Reference Handbook*. Santa Barbara: ABC-CLIO. ISBN 978-1-59884-195-4.

47. STYX P., 2003. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

48. *Světový den proti AIDS: ČR má letos opět našlápnuto k rekordní nákaze HIV*. [online]., 2014. Praha: Zdravotnický deník. [cit. 30.11. 2015]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/svetovy-den-proti-aids-cr-ma-letos-opet-naslapnuto-k-rekordni-nakaze-hiv/>

49. SVOBODA M. et al., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

50. ŠPATENKOVÁ N., KRÁLOVÁ J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

51. ŠPIRUDOVÁ L., 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 9788024712130.

52. TOMÁNKOVÁ E., 2007. *Menšiny a jejich integrace - Vietnamská menšina*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta.

53. TUČEK J., CHODURA V., 2005. *Psychiatrie*. 3. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-704-0786-7.

54. VENKLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

55. VIBÍRAL Z., 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
56. YOUNGSON M. N., 2000. *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 80-7178-401-X.
57. ZACHAROVÁ E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. ZACHAROVÁ E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
59. ZEISBERGEROVÁ I., 2011. *Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta

Přílohy

Příloha 1 Asertivní práva

(zdroj : NOVÁK T., CAPPONI V. *Asertivně do života*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3869-7)

Právo posoudit vlastní chování, myšlenky a city a vzít za ně zodpovědnost

Právo neomlouvat se za své jednání

Právo sám posoudit, kam sahá tvá zodpovědnost za problémy ostatních

Právo se rozhodnout jinak

Právo chybovat

Právo říct „já nevím“

Právo být nezávislým na tom, co si myslí druzí

Právo nedělat vždy logická rozhodnutí

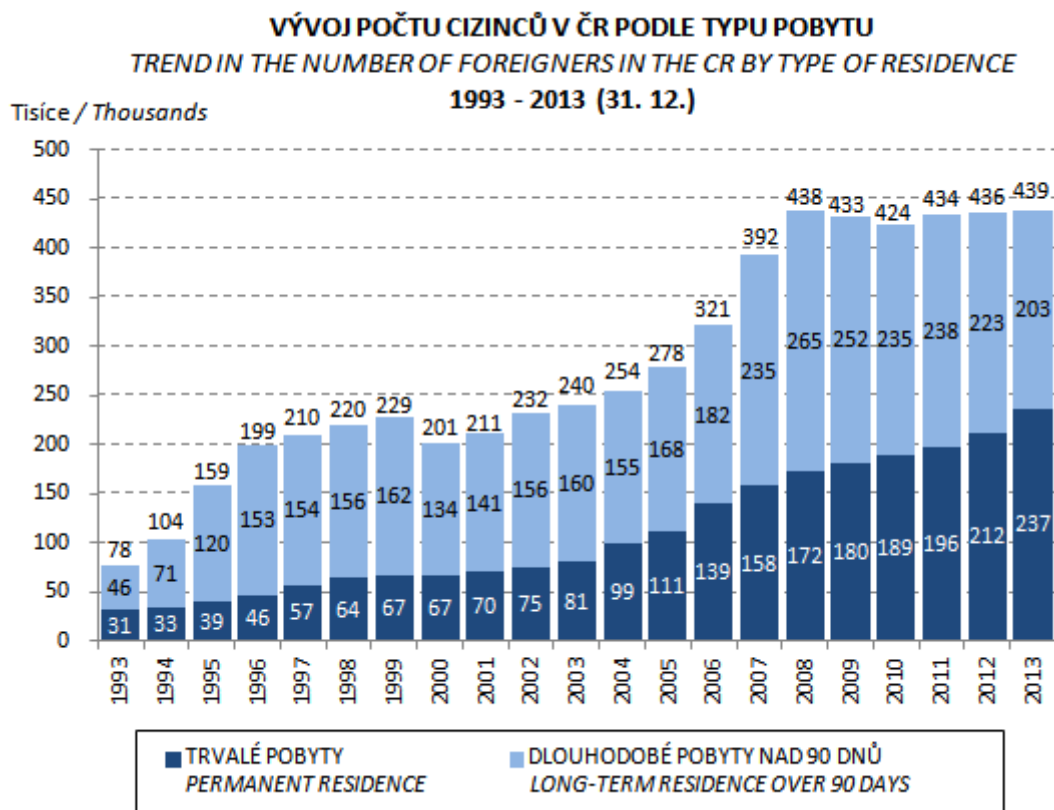
Právo říkat, že někomu nerozumím

Právo říct je mi to jedno

..

Příloha 2 Počty cizinců v ČR od r. 1993-2013

(zdroj:www.czso.cz)



Příloha 3 Otázky k rozhovorům se sestrami

(Zdroj: vlastní výzkum)

- **Identifikační údaje**
 - Věk Kvalifikace, absolvované kurzy komunikace
 - Praxe v oboru
- **Zaměstnání:**
 - Jak dlouho jste zaměstnaný/á na tomto oddělení?
 - Co Vás vedlo ke zvolení tohoto zaměstnání?
- **Stereotypy**
 - Myslíte si, že k osobám, se kterými pracujete, si někteří lidé drží odstup, jednájí s nimi jinak?
 - Pokud ano, v jaké oblasti života je to nejvíce patrné? (osobní život, zaměstnání, bydlení,...)

- Myslíte si, že ve společnosti panují nějaké stereotypy a předsudky ohledně těchto osob? –
- Řekl/a byste, že veřejnost má opodstatněné obavy z lidí, které pobývaly na oddělení léčby závislostí?
- Setkal/a jste se v zaměstnání s pacientem patřící k národnostní menšině/ s obezitou/ s psychickou poruchou/bez domova/ s tělesným postižením?
- Pokud ano, jak jste vnímal/a společnou spolupráci?
- Bylo Vám nepříjemné komunikovat s takovým člověkem?
- Myslíte si, že má společnost důvod pro to, aby se k pacientům léčeným kvůli závislosti stavěla odmítavě?

Příloha 4 Otázky k rozhovorům s pacienty

(zdroj: vlastní výzkum)

➤ **Identifikační údaje**

- Věk
- Diagnóza/národnost

➤ **Hospitalizace**

- Kolikrát jste byl hospitalizovaný/á ?
- Vnímáte hospitalizaci jako přínos? Proč ano/ne?
- Hodnotil/a byste přístup personálu jako profesionální?
- Setkal jste se s nějakou formou odmítavého chování cíleného na vlastní osobu během hospitalizace z řad personálu?
- Shledáváte nějaké rozdíly v komunikaci mezi Vámi a personálem, personálem a jinými klienty?

Příloha 5 Schéma modelu Madeleine Leininger „Model vycházejícího slunce“

(zdroj: ŠPIRUDOVÁ L., a kol. Multikulturní ošetřovatelství II. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X)

