

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Miroslav Blud'ovský

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslav BLUŽOVSKÝ**
Osobní číslo: **Z10B0222P**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Radiologický asistent**
Název tématu: **Multikulturní přístup z pohledu radiologického asistenta**
Zadávací katedra: **Katedra záchranářství a technických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, K. Multikulturní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248s ISBN 80-247-1212-1
- ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, K., HALMO, R. Multikulturní ošetrovatelství II. 1. vyd. Grada, 2005. 252s ISBN-10: 80-247-1213-X
- DE VITO, J. A. Základy mezilidské komunikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 420s ISBN 80-7169-988-8.
- ŠIŠKOVÁ, T. Menšiny a migranti v České republice. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 188s. ISBN 80-7178-648-9.
- PRUCHA, J. Interkulturní komunikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
- BURNARD, PH., GILL, P. Culture, communication and nursing. Harlow: Pearson Education, 2008. 181s ISBN 978-0-13-232892-0.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Svobodová


Katedra záchranářství a technických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2013**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




PhDr. Alena Pistulková
vedoucí katedry

dne **31. 01. 2013**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Miroslav Blud'ovský

Studijní obor: Radiologický asistent 5345R010

Multikulturní přístup z pohledu radiologického asistenta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Svobodová

PLZEŇ 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2013

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Andree Svobodové za odborné vedení práce, poskytování rad a námětů.

Anotace

Příjmení a jméno: BLUŽOVSKÝ Miroslav

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Multikulturní přístup z pohledu radiologického asistenta

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Svobodová

Počet stran: číslované 35, nečíslované 18

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: multikulturalismus, komunikace, etnikum, národ, menšina, komunikační karty, piktogram

Souhrn

Teoretická část rekapituluje vývoj multikulturního přístupu v ČR i ve světě a objasňuje základní pojmy v této problematice. Dále se zabývá menšinami na území ČR a jejich specifiky. Mimo to rozkrývá problematiku zdravotně handicapovaných v souvislosti s jejich komunikačními odlišnostmi závislými na typu jejich handicapu v podmínkách zdravotnického zařízení.

Praktická část obsahuje návrh komunikační pomůcky pro usnadnění komunikace s pacienty-cizinci a zdravotně handicapovanými v podmínkách RDG pracoviště.

Abstract

Surname and name: BLUŽOVSKÝ Miroslav

Department: Department of Rescue Medicine and Technical Disciplines

Title of thesis: Multicultural Approach from the Perspective of a Radiological Assistant

Consultant: Mgr. Andrea Svobodová

Number of pages: numbered 35, unnumbered 18

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 22

Keywords: multiculturalism, communication, ethnicity, nation, minority, communication flashcards, pictogram

Summary:

The theoretical part sums up the development of a multicultural approach in the Czech Republic as well as abroad and explains the basic concepts in this area. Further, it deals with minorities in the Czech republic and their specific characteristics. It also discusses the issues of the disabled people with respect to their differences in communication depending on the type of disability in the context of health care facilities.

The practical part includes the design of a communication aid to facilitate communication with patients and alien patients with disabilities in the context of an X-ray department.

Obsah

Obsah	9
Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Multikulturní přístup ve zdravotnictví	11
1.1 Pohled do historie	11
1.2 Multikulturní přístup v ČR	12
1.3 Základní pojmy	13
2. Národnostní, etnické a kulturní menšiny v ČR	19
2.1 Slováci	20
2.2 Romové.....	20
2.3 Poláci	21
2.4 Němci.....	22
2.5 Ukrajinci	22
2.6 Rusové	22
2.7 Vietnamci.....	23
2.8 Židé	23
2.9 Ostatní menšiny	24
3. Pravidla komunikace se zdravotně postiženými	25
4. Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče.....	35
5. Komunikace s pacienty odlišné kultury na RDG oddělení	38
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
6. Komunikační karty	40
7. Diskuze.....	42
8. Závěr.....	44
9. Seznam použité literatury	45

10. Seznam zkratek	47
11. Seznam příloh.....	48

Úvod

Ve své dlouholeté praxi jsem byl mnohokrát konfrontován s faktem, že zvládnutí projekčních technik a stále modernějšího přístrojového vybavení radiodiagnostických pracovišť není zárukou úspěchu při tvorbě rentgenové obrazové dokumentace.

Každodenní realita na radiodiagnostickém pracovišti ukazuje, že v mnohých případech závisí konečný úspěch na kreativitě, empatickém přístupu, jazykovém vybavení a zkušenostech radiologického asistenta.

Zvláště obtížná je komunikace a spolupráce s dětmi, staršími a handicapovanými pacienty. Neméně náročná je spolupráce s cizinci mluvícími pouze svým rodným jazykem a pocházejícími z jiného kulturního prostředí.

Pro úspěšné zvládnutí spolupráce s těmito skupinami pacientů je nezbytné poznat a pochopit jejich mentalitu, specifika a zvyklosti. Dalším prostředkem pro překonání komunikačních bariér, jak naznačují zahraniční zkušenosti, jsou takzvané *komunikační karty*.

Vzhledem k tomu, že komunikaci s pacientem považuji za jeden z nejdůležitějších předpokladů úspěšného zhotovení kvalitní rentgenové obrazové dokumentace, zvolil jsem si tuto tematiku i za téma svojí práce.

Cílem této práce je zmapovat historii a současnost multikulturní komunikace v zahraničí i České republice, popsat specifika komunikace se zmíněnými skupinami pacientů a navrhnout prostředek pro usnadnění komunikace s cizinci v prostředí radiodiagnostického pracoviště.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Multikulturní přístup ve zdravotnictví

Poprvé se s pojmem multikulturního ošetřovatelství setkáváme ve spojení s Madeleine Leiningerovou. Tato sestra na psychiatrickém oddělení v USA je považována za průkopníka nového pohledu na ošetřovatelskou péči poskytovanou příslušníkům odlišných národností a kultur.

Odlišnost v přístupu k pacientům pocházejícím z jiného kulturního prostředí spočívá v pochopení a respektování kulturních rozdílů.

1.1 Pohled do historie

50. léta 20. století - Madeleine Leiningerová studuje teorii multikulturní péče a vydává knihu: *Transkulturní ošetřovatelství, pojmy, teorie, výzkum a praxe*

60. léta 20. století – objevuje se pojem *transkulturní ošetřovatelství* (transcultural nursing)

1965-1969 – Na Katedře ošetřovatelství Coloradské univerzity v Denveru (School of Nursing of Colorado) probíhají první přednášky a kurzy transkulturního ošetřovatelství

1973 – Založena první katedra transkulturního ošetřovatelství na univerzitě ve Washingtonu, Leiningerová zde zastává funkci děkana. *Mezinárodní kodex sester* uvádí, že při poskytování péče sestra “podporuje prostředí, v němž jsou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jedinců“

1978 – Na univerzitě v Utahu otevřen magisterský a doktorský program transkulturního ošetřovatelství

80. -90. léta 20. století – Dochází k rozmachu nového oboru, šíří se na další univerzity i mimo USA, vznikají odborné publikace (Journal of Transcultural Nursing), jsou zakládány organizace zabývající se touto tematikou (Společnost pro transkulturní ošetřovatelství)

1989 – *Společnost pro transkulturní ošetřovatelství* zahajuje udělování certifikátů CTN (Certified Transcultural Nurse)

2001 – Založena *Úřadovna Světové organizace pro transkulturní ošetřovatelství*

1.2 Multikulturní přístup v ČR

Prvním impulzem pro aplikaci multikulturního přístupu v českém zdravotnictví byl dokument *Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec*, schválený na Evropské Poradě WHO o právech pacientů, pořádané v roce 1994 v Amsterdamu. Obsahuje soubor zásad na podporu práv pacientů v členských státech EU a poukazuje na nezbytnost respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Usnesením vlády ze dne 7. července 1999 č. 689 byl vytvořen právní rámec pro řešení problematiky menšin a migrantů nazvaný „*Koncepce integrace cizinců na území České republiky*“.

Tento základní dokument byl dále rozvíjen a aktualizován dalšími usneseními vlády, naposledy usnesením ze dne 4. ledna 2012 č. 6 nazvaným „*Postup při realizaci aktualizované Koncepce integrace cizinců – Společné soužití 2012*“. Tento dokument kromě jiného uvádí: „*prostřednictvím dotačních řízení a/nebo výzev v rámci fondů Evropské unie nejpozději do 31. prosince 2012 informovat zdravotnickou veřejnost o zdravotních komunikačních jazykových kartách (pro komunikaci s pacienty-cizinci), spolupracovat při jejich aktualizaci a vytváření nových karet pro další lékařské obory a zajistit distribuci zdravotních komunikačních jazykových karet vybraným zdravotnickým zařízením ve spolupráci se zdravotními odbory krajských úřadů (MZ).*“

Problematika transkulturního ošetřovatelství byla v ČR poprvé veřejně prezentována na druhé konferenci ošetřovatelství s mezinárodní účastí 6. - 7. září 2000 ve Velké Bystřici u Olomouce. Konferenci pořádali pod názvem „*Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí*“ Ústav teorie a praxe ošetřovatelství LF UP Olomouc, Fakultní nemocnice Olomouc, Střední zdravotnická škola a Vyšší zdravotnická škola Olomouc, Česká asociace sester – sekce studentů při LF UP a PdF UP Olomouc a Psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Olomouc za účasti odborníků ze šesti evropských zemí.

Prvním projektem zaměřeným na komunikaci s pacienty-cizinci byly takzvané *Pardubické karty*. Cizojazyčné obrázkové kartičky usnadňující zdravotníkům Pardubické krajské nemocnice komunikaci s nemocnými cizinci vznikly v roce 2007 na podnět učitelek odborné praxe Střední zdravotnické školy v Pardubicích. Ty svůj nápad konzultovaly s Mgr. Gabrielou Dvořákovou, která se touto problematikou zabývala ve své bakalářské práci nazvané „*Komunikace s pacienty cizinci ve zdravotnickém zařízení pomocí komunikačních karet*“ na LF UP Olomouc v roce 2006. Úspěšné zavedení komunikačních karet do praxe a zájem zdravotníků pardubické krajské nemocnice o tvorbu

dalších karet zaměřených na jednotlivá oddělení, zejména chirurgické a oční, motivovalo autorky k tvorbě dalších komunikačních karet. K jejich realizaci došlo v roce 2009.

Dalším významným počinem v této oblasti bylo vydání „*Zdravotních jazykových a komunikačních karet*“ odborem sociálních služeb plzeňského magistrátu v roce 2010. Inspirací pro jejich vydání byl úspěšný projekt Střední zdravotnické školy v Pardubicích. První karty byly zaměřeny na oční, gynekologicko-porodnické oddělení a chirurgii. Následně byla ve spolupráci s vedoucí sociálního oddělení Fakultní nemocnice Plzeň, Mgr. Evou Weinfurterovou vytvořena sada pro doplnění sociální anamnézy. Další zdokonalená verze vydaná Odborem sociálních služeb Magistrátu města Plzně v roce 2011 obsahuje zdokonalenou původní sérii doplněnou o *anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty*, které vznikly na podnět Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje.

V roce 2012 projevil zájem o plzeňské *zdravotní jazykové a komunikační karty* Masarykův onkologický ústav v Brně a brněnská Fakultní nemocnice u sv. Anny. Rozhodnutím Magistrátu města Plzně bylo schváleno využití předlohy pro tisk *anamnestických karet* brněnskými nemocnicemi.

S ohledem na úspěchy prvních projektů v této oblasti a na výše uvedené usnesení vlády č. 6 ze dne 4. ledna 2012, lze očekávat zvýšenou aktivitu při odstraňování komunikačních bariér ve zdravotnictví.

1.3 Základní pojmy

Multikulturalismus je myšlenkový a politický směr, který prosazuje ideu společného soužití obyvatel s různou kulturou. Jako výhodu předkládá kulturní rozmanitost státu. Aktuální je zejména u států s významným podílem obyvatel pocházejících z jiného kulturního prostředí. Cílem je sjednocení obyvatel různé rasy, přesvědčení a s jinými kulturními kořeny při zachování jejich kulturní odlišnosti. Multikulturalismus lze označit jako protipól k nacionalismu. S tímto pojmem se poprvé setkáváme ve Švýcarsku v roce 1957, jako označení národa s velkou kulturní různorodostí. Ideologickým směrem se stává v 60. letech v Kanadě, která tuto myšlenku přijala za státní ideologii sjednocující frankofonní a anglofonní obyvatelstvo. Od 70. let je z důvodu ekonomické a politické migrace otázka soužití kultur v jednom státě nastolena i v Evropě.

Malý etnologický slovník (2011, s. 68) jej definuje následovně: „*Multikulturalismus je chápán jako popis a výklad etnické různorodosti a soužití odlišných kulturních a sociálních, případně náboženských skupin založených na odlišných*

kulturních vzorcích (tradice, normy chování, hodnotové systémy) v rámci obvykle národního státu. Multikulturalismus se v některých západních zemích stal součástí oficiální politiky (např. Kanada měla ministra pro Canadian Multiculturalism Act). Důraz na respektování odlišnosti a různorodosti, na toleranci a odmítnutí rasismu zajistil multikulturalismu značnou popularitu zejména v liberálně demokraticky orientovaných ideologiích. Pozitivním výsledkem multikulturalismu jako kulturní politiky byly např. školní reformy, které poskytovaly informace o odlišných minoritách v dané majoritní společnosti. Toto úsilí ale narazilo na ostrou kritiku zejména ze strany konzervativních politických kruhů (zavedly pohrdlivé označení „multi-kulti“), jež na základě řady skutečností dokazují, že multikulturalismus je nekorektní tím, že relativizuje význam kultur (např. dominantní kultura majoritní společnosti je postavena bez analýzy na roveň kultury minoritní, případně se ospravedlňují ty elementy minoritních kultur, které jsou z hlediska kulturního universalismu nepřijatelné, např. degradující postavení ženy, náboženský fundamentalismus, krutost právních norem atd.). Konzervativní kritikové multikulturalismu trvají na tom, aby minority byly respektovány a aby jim byla přiznána stejná občanská práva pouze za předpokladu, že ony naopak akceptují základní právní a hodnotový řád kultury, do níž vstupují. Multikulturalismus sehrál ve své době pozitivní roli v úsilí o integraci minorit, dnes jeho význam ideologický, politický i kulturní ale odeznívá. Zajímavý zůstává kontext studia multikulturalismu v rámci tzv. postkoloniální teorie (diskurzu), zejména literárního.“

Komunikace představuje přenos informace a je popsána v **Malém etnologickém slovníku (2011, s. 43)** následovně: „Komunikace je dorozumívání, přesun a výměna informací a významů. Komunikační akt, přímý nebo nepřímý, spojuje členy společenství. Počíná zdrojem informace (významu) a končí jeho přijetím, případně odmítnutím. Nástroji komunikace ve společenství sdílené kultury jsou především verbální projevy (lidská řeč a způsoby jejího uplatnění), písemné projevy (tisky, obecná písemná sdělení, kalendáře, noviny, kroniky), zvukové projevy (velikonoční řehtání, vyzvánění zvonů, troubení pastýře, troubení svatební kolony automobilů), ale i posunky, gesta, mimika, výtvarné projevy (darovaný vyšíváný šátek). Komunikace probíhá i prostřednictvím tance (mezi tanečníky, mezi tanečníky a muzikou), zábavy nebo hry. Jestliže mnohé znaky folkloru jsou dobově nebo regionálně podmíněné, mechanismy komunikace se v podstatě nemění. Oldřich Sirovátka (1925-1992) charakterizuje komunikaci tím, že „je u ní dána volba určitého

publika, mluvčí a adresát sdělení se nacházejí v jedné komunikativní situaci a nastává mezi nimi oboustranná aktivní vazba“ Komunikace má znakovou podobu, čitelnost znaku je dána dlouhodobou konvencí a normativním chováním společnosti, neboť určité situaci odpovídá určitá forma komunikačního aktu. Ten je podmíněn: a) komunikačním médiem (projevem slovesné kultury, vyprávěním), b) komunikačním kontaktem (platformou styku), c) komunikačním kontextem (souhrnem průvodních jevů a významů), d) komunikačním kódem (sdílením shodné znakové soustavy). Komunikační akt probíhá mezi generacemi, dokonce i mezi živými a zemřelými členy společnosti (nářky jako dialogy se zemřelými) a mezi těmi, kteří se teprve narodí (komunikace matky s očekávaným potomkem). I život folklórní skladby je podmíněn komunikací, řetězením vazeb, které vznikají mezi folklórním produktem, interpretem, společností a prostředím, ve kterém existuje. Nesoulad v komunikaci může předznamenávat konflikt uvnitř společnosti. Protikladem přímé personální, respektive skupinové komunikace, je komunikace masová (televize, rozhlas, film, noviny). Ukazuje se však, že moc masové komunikace není neomezená a že způsoby komunikace nejsou konstantní, ale postupně nebo ve skocích (např. důsledkem nových informačních a komunikačních technologií) se proměňují.“

Etnikum podle **Jandourka (2001, s. 76)**: „skupina jedinců, kteří se od jiných odlišují svou etnicitou neboli souhrnem faktorů kulturních, rasových, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím, vědomím společného původu a také tím, že jsou jako etnicky odlišní vnímáni druhými. Někdy se pojem používá též ve významu národnostní menšiny, jejíž kultura se se liší od kultury většinové, ale etnikum není nutně totožné s národem. Na rozdíl od rasy příslušníci etnika nemají takové fyzické znaky, kterými by se výrazně lišili od příslušníků většiny. Důležitější je spíše odlišnost hodnot, norem, chování a jazyka. Znaky, které příslušníci etnika považují pro sebe za charakteristické, se někdy nazývají **etnické vědomí**.“

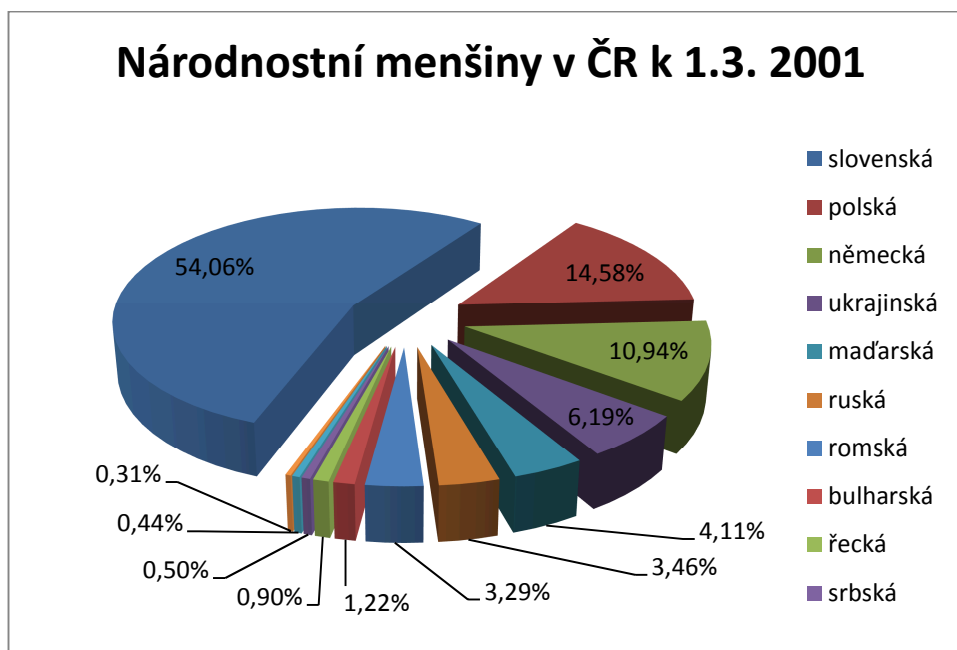
Etnická menšina je **Hendrychem (2003, s. 195)** popisována jako: „historicky vzniklá skupina lidí žijících v početní menšině v rámci jiného společenství, která se vyznačuje objektivně stanovenými znaky - spojuje ji společný původ, zvláštní kulturní znaky (jazyk), mentalita, tradice. Příslušníci etnické menšiny mají etnonymum (vlastní označení) a povědomí vzájemné sounáležitosti a zároveň odlišnosti od jiných společenství.“

Malý etnologický slovník (2011, s. 66) jej definuje takto: „*menšina (minorita)* - pojem označuje skupinu lidí se specifickými charakteristikami, které ji odlišují od početně silnější majoritní skupiny, s níž je porovnatelná. Nehodnotící, nekonkrétní pojem menšina má smysl pouze s příslušnými adjektivy, jež upřesňují její vlastnosti a ohraničují ji vůči většinové společnosti. Kdo se v dané společnosti stane menšinou a většinou je otázkou sociální kategorizace. Každý člověk může být v určitém kontextu kategorizován jako příslušník většiny a v jiném ohledu jako příslušník menšiny.

Etnologie se zaměřuje především na etnické a národnostní menšiny. Etnické a národnostní menšiny definuje jako skupiny, jejichž příslušníci se od majoritního obyvatelstva zpravidla liší jazykem a kulturními specifiky. Příslušníci menšiny i většiny odlišnosti reflektují, situačně vytvářejí nebo potlačují. Interpretace kulturního rozdílu je součástí jejich etnického (národního) vědomí, s jehož pomocí si vytvářejí pocit menšinové (většinové) sounáležitosti. V České republice jsou práva příslušníků národnostních menšin specifikována zákonem. Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů stanovuje, že „Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti“. Ze zákona vyplývá, že každý člověk má možnost volby, zda být příslušníkem národnostní menšiny. Zároveň jsou zákonem příslušníci národnostních menšin odlišeni od cizinců, kteří nejsou občany České republiky. Český stát zaručuje příslušníkům národnostních menšin veškerá občanská práva a zároveň jim poskytuje možnost rozvíjet vlastní specifickou identitu a právo na účinnou účast v kulturním, společenském a hospodářském životě a ve veřejných záležitostech, zvláště těch, které se týkají národnostních menšin. K naplnění zákonných norem týkajících se národnostních menšin zřizuje vláda České republiky Radu vlády pro národnostní menšiny. Podle dat ze sčítání lidu, domů a bytů v roce 2001 byly v České republice následující signifikantní národnostní menšiny (seřazeno od největší): slovenská (193 190), polská (52 095), německá (39 106), ukrajinská (22 112), maďarská (14 672), ruská (12 369), romská (11 746), bulharská (4 363), řecká (3 219), srbská (1 801), chorvatská (1 585), rusínská (1 109). V Radě pro národnost je zastoupena též židovská menšina, která se vymezuje nikoliv jako národnostní menšina, ale jako náboženské a kulturní sdružení. Počty příslušníků jednotlivých menšin se špatně odhadují jednak proto, že jejich příslušníci splývají s migračními skupinami stejné národnosti, a též proto, že se řada potencionálních příslušníků národnostních menšin

deklaruje jako příslušníci menšin jen příležitostně. Velikost například ukrajinské a ruské menšiny uváděná ve sčítání je tak mnohonásobně menší než počet Ukrajinců nebo Rusů v České republice. Podle kvalifikovaných odhadů je v České republice ve sčítání výrazně podhodnocený počet příslušníků romské, rusínské, maďarské a řecké národnosti.“

Graf 1: Národnostní menšiny v ČR k 1. 3. 2001



Zdroj: ČSÚ

Etnocentrismus je dle Urbana (2011, s. 127) pravým opakem tolerantního a otevřeného smýšlení o jiných. „Projevuje se tendencí některých lidí poměřovat vše jiné a cizí prostřednictvím hodnot a norem svého vlastního společenství (etnika, národu, kultury...), které jsou nekriticky považovány za vhodné ke všeobecné nápodobě. Etnocentrismus je tedy intolerantním, myšlenkově a hodnotově uzavřeným postojem, který je teorií zmiňován, společně s rasismem a antisemitismem, jako ukázkový příklad soustavy negativních předsudků. Za ukázkový příklad etnocentrismu bychom mohli považovat **evropocentrismus** obecně uplatňovaný v období kolonialismu a kulturního imperialismu.“

Národ definuje Jandourek (2001, s. 168) následovně: „Skupina lidí charakterizovaná většinou společnou řečí, kulturou, tradicí a dějinami (objektivní prvek) a vymezující se vůči lidem považovaným za cizince (subjektivní prvek). Pojem národ se používal v mnoha významech, v minulosti označoval např. často jen příslušníky stavů.

Moderní pojem národa se vyvinul jako nástroj legitimování emancipačních snah měšťanstva, zatímco dříve (19. stol.) býval pojem národ vnímán spíše etnicky, dnes je vnímán spíše politicky (podobně ovšem např. v Čechách i ve středověku a novověku, kdy byl „politický národ“ tvořen šlechtou německou, italskou a českou). Někdy se národ používá jako synonymum pro stát (Francie, Velká Británie). Národ bývá charakteristický též tendencí k vytvoření vlastního státu. Definice národa je obtížná a někteří autoři proto považují národ za pouhý intelektuální konstrukt, který ve skutečnosti neexistuje.“

Národnostní menšina podle **Hendrycha (2003, s. 425)** „je skupina obyvatel státu, jež je v menšině oproti ostatnímu majoritnímu obyvatelstvu; žije na území daného státu a její příslušníci udržují mezi sebou tradiční pevné a trvalé vztahy, mají společné etnické, kulturní, náboženské nebo jazykové rysy, jimiž se odlišují od ostatního obyvatelstva.“

2. Národnostní, etnické a kulturní menšiny v ČR

Zákon č. 2/1993 Sb. – Listina základních práv a svobod

Hlava třetí

Práva národnostních a etnických menšin

Článek 24

Příslušnost ke kterékoli národnostní nebo etnické menšině nesmí být nikomu na újmu.

Článek 25

(1) Občanům tvořícím národní nebo etnické menšiny se zaručuje všestranný rozvoj, zejména právo společně s jinými příslušníky menšiny rozvíjet vlastní kulturu, právo rozšiřovat a přijímat informace v jejich mateřském jazyku a sdružovat se v národnostních sdruženích. Podrobnosti stanoví zákon.

(2) Občanům příslušejícím k národnostním a etnickým menšinám se za podmínek stanovených zákonem zaručuje též

a) právo na vzdělání v jejich jazyku,

b) právo užívat jejich jazyka v úředním styku,

c) právo účasti na řešení věcí týkajících se národnostních a etnických menšin.

Zákon č. 273/2001 Sb. o národnostních menšinách vymezuje tyto následovně:

(1) Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo.

(2) Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti.

V současnosti je statut národnostní menšiny přiznán následujícím menšinám:

- bulharská národnostní menšina
- chorvatská národnostní menšina
- polská národnostní menšina
- německá národnostní menšina
- romská národnostní menšina
- rusínská národnostní menšina
- řecká národnostní menšina
- slovenská národnostní menšina
- ukrajinská národnostní menšina
- srbská národnostní menšina
- maďarská národnostní menšina
- ruská národnostní menšina

O uznání statutu menšiny a s tím spojené výhody dlouhodobě usilují i Vietnamci žijící v ČR. Získali by tím zastoupení v *Radě pro národnostní menšiny* a příspěvky státu na činnost spolků a sdružení.

2.1 Slováci

Nejvýznamnější menšina na území ČR, která je nám z pohledu jazykového, kulturního a historického nejbližší.

Vzhledem ke značné podobnosti a příbuznosti jazyka, není problém s komunikací s pacienty této menšiny i přesto, že značná část si i po mnoha letech strávených v ČR zachovává původní jazyk.

Jediným podstatným rozdílem je významný počet věřících v populaci oproti spíše ateistické ČR.

2.2 Romové

Druhá nejpočetnější národnostní menšina, která má indický původ, se člení na několik etnických skupin: **Čeští Romové, Moravští Romové, Maďarští Romové, Slovenští Romové, Olašští Romové, Sintí.**

K jejich usazování v Evropě docházelo koncem 17. století a byli zpočátku přijímáni původními obyvateli pozitivně. Postupem času však díky nepochopení odlišnému způsobu života a sdílením jiných kulturních hodnot dochází k jejich vyčlenění ze společnosti a diskriminaci.

V současnosti není problémem v komunikaci s Romy jazyková bariéra, ale je nezbytné chápat rozdílnou mentalitu a vnímání reality.

Specifika v komunikaci s Romy:

- na vyšetření vzhledem k silným rodinným vazbám nechodí sami, ale s početným doprovodem
- citlivě vnímají formální a neosobní jednání
- jsou silně ovládáni emocemi a tím i častěji podléhají neracionálnímu uvažování
- mají nízkou schopnost generalizace, je nezbytné pokyny častěji opakovat a vysvětlovat
- silná schopnost empatie, velmi dobře se dovede vcítit do pocitů druhého
- citlivé vnímání bolesti a její zveličování

S ohledem na uvedené vlastnosti je nezbytné pro úspěšnou komunikaci s Romy dodržet následující doporučení:

- zachovat klid a trpělivost i v emocionálně vypjaté situaci
- mluvit srozumitelně, stručně a věcně
- používat zpětnou vazbu
- respektovat specifika
- vnímat neverbální komunikaci
- pokusit se o empatický přístup
- chápat rozdílnou délku komunikačních zón

(Šišková, 2001)

2.3 Poláci

Početná polská menšina žije zejména na severu Moravy. Vzhledem k blízkosti hranic s Polskou republikou mají možnost stálého kontaktu s původní vlastí. Svůj jazyk si udržuje i prostřednictvím polských škol na našem území v této oblasti.

Komunikace s nimi je díky jazykové vybavenosti obyvatel severní části Moravy bez problémů. Přispívá k tomu i značná podobnost našich jazyků. Významnými rysy Poláků je jejich silné náboženské cítění a národní hrdost.

2.4 Němci

Menšina s nejpohnutější historií. Na pozvání krále Přemysla Otakara II. se usídlila v Čechách a přispěla již ve středověku k rozvoji měst a osídlení pohraničí. Nejpočetnější byla ve 30. letech minulého století, kdy čítala více jak 3 mil. obyvatel. Po 2. světové válce však následkem odsunu sudetských Němců a emigrací zůstal na území ČR pouhý zlomek původního počtu.

V posledních letech se počty Němců žijících trvale v ČR mírně zvyšují. Tento trend je dán zvyšující se životní úrovní a nižší cenovou hladinou v ČR.

V komunikaci s Němci i přes dlouholetý pobyt je jazyková bariéra. Proto je výhodou při komunikaci s nimi znalost německého nebo anglického jazyka.

2.5 Ukrajinci

První zmínky o přítomnosti Ukrajinců v Čechách sahají až do 16. století. Jednalo se často o studenty přijíždějící do Prahy nebo Olomouce za vzděláním nebo o kozáky najaté do boje proti Turkům. Jejich migrace probíhala v několika vlnách, závislá především na politické a ekonomické situaci v rodné vlasti. V současné době se jedná o nejpočetnější skupinu ekonomických migrantů v ČR. Zastávají zejména nekvalifikovanou práci ve stavebnictví, v zemědělství a průmyslu i přesto, že často mají středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání.

Komunikace s nimi vzhledem k obdobnému hodnotovému systému nečiní větší problémy. Limitující je pouze jejich nízká znalost jazyků. (Šišková, 2001)

2.6 Rusové

Jedná se o specifickou imigrační komunitu, jejíž vnímání narušuje negativní postoj veřejnosti proti všemu ruskému. Tento postoj je dán historickou zkušeností, zejména vpádem spojeneckých vojsk v roce 1968 a přítomností ruskojazyčné mafie na našem území v současnosti.

Tato komunita je poměrně uzavřená a koncentrována zejména v Praze a Karlových Varech. Nejedná se o ekonomické migranty, zpravidla jsou movití a vzdělaní. Obvykle se jedná o věřící, zejména dominuje pravoslavné křesťanství.

Komunikaci komplikuje jejich nízká ochota učit se jiný jazyk a spoléhání na znalost ruštiny u české společnosti. (Šišková, 2001)

2.7 Vietnamci

Pochází bezesporu z kulturně nejodlišnějšího prostředí. Z toho pramení i mnohá nedorozumění v komunikaci s nimi. Jsou poměrně uzavření a mnozí zejména starší komunikují pouze v rámci svojí komunity. Proto se setkáváme s jedinci, kteří v ČR strávili většinu života, a přesto nejsou schopni hovořit česky.

Mladší generace narozená již v ČR naopak navštěvuje úspěšně české školy a používá češtinu i v soukromí. Považují se za Čechy.

Nejrozšířenějším náboženským vyznáním mezi nimi je buddhismus. Ke konvenční medicíně mají nedůvěru, vyhledávají raději lidové léčitelství.

Specifika v komunikaci s Vietnamci:

- při rozhovoru považují za nezdvořilost přímý pohled do očí
- podání pravé ruky provází přiložením levé
- jsou velmi stydliví
- úsměv vyjadřuje též rozpaky a nejistotu
- pohlazení po vlasech je výrazem velké nezdvořilosti
- podání předmětu jednou rukou je výrazem neúcty
- gesto pro přivolání druhé osoby s dlaní nahoru je projevem nadřazenosti
- ruce zkřížené na prsou jsou výrazem rozčilení
- (Ivanová, 2005)

2.8 Židé

Tato menšina se vymezuje nikoliv jako národnostní, ale spíše jako náboženská a kulturní. Tento národ je charakteristický svým vyznáním – judaismem. Jejich domovem je Izrael, žijí však díky své pohnuté historii po celém světě. Na našem území se usídlovali již ve 12. století a stali se významnou menšinou. Holocaust a následně i vláda komunistů početní stav této menšiny zcela zdecimovaly.

Dbají na své zdraví a hygienu a uznávají zcela konvenční medicínu. Váží si zdraví a spolupracují se zdravotníky. Lékařské zákroky, které nejsou život zachraňující, však odmítají v době *šabatu* (od pátečního do sobotního západu slunce) a v době hlavních židovských svátků.

Jejich rodným jazykem je hebrejšтина. Vzhledem k tomu, že ovládají český jazyk, komunikace s nimi je bezproblémová. (Ivanová, 2005)

2.9 Ostatní menšiny

Na území ČR se nachází i další národnostní a etnické menšiny, které nemají uznaný statut národnostní menšiny a i svým počtem příslušníků je lze zařadit mezi méně významné. Patří mezi ně zejména: Rumuni, Albánci, Číňané, Britové, Francouzi, Italové, Rakušané, Holanďané, Američané, Bosňané, Bělorusové, Kazaši, Moldavané, Makedonci, Uzbekové, Mongolové, Japonci, Korejci, Arméni.

(Ředitelství služby cizinecké policie Ministerstva vnitra ČR)

3. Pravidla komunikace se zdravotně postiženými

Vzhledem k tomu, že neexistuje jednoznačná definice zdravotně postižené osoby, je poměrně obtížné tuto skupinu jednoznačně určit.

V rámci *Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách* v roce 2007, prováděném Českým statistickým úřadem, však vznikla následující definice zdravotně postižené osoby:

„Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné smyslové a duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od stavu typického pro její věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“

Podobně, jako je to obvyklé v živočišné říši, vnímá negativně nebo s rozpaky nemalá část lidské populace jedince odlišné od všeobecně uznávané normy. Příčinou tohoto jevu je mnohdy neznalost a nepochopení mentality zdravotně postižených.

Za účelem osvěty v této oblasti vznikl projekt spolufinancovaný Evropským sociálním fondem, v rámci operačního programu *Vzdělávání pro konkurenceschopnost*, nazvaný *Výuka k různorodosti jako součást multikulturní výchovy a vzdělávání*. Koordinátorem projektu je Centrum vizualizace a interaktivity vzdělávání, s.r.o. Jedním z výstupů tohoto projektu je ***Informační minimum o OZP***. Úvodní kapitola popisuje osoby se zdravotním postižením následovně:

Lidé s postižením jako minorita (menšina)

V České republice je trendem posledních let považovat skupinu lidí s postižením na menšinu, kterou od většiny odlišuje právě přítomnost postižení. Jde o trend, který k nám přišel ze západních a severovýchodních zemí.

Dlouholetou tradici u nás mají minority vymezené národností či rasou. Minority odlišující se na základě jiných faktorů musí o to, být vnímány jako menšina stále bojovat. Přestože objektivně existují mnohé okolnosti, které spojují lidi s postižením (jsou pro ně společné) a naopak je odlišují od lidí nepostižených, najdou se lidé, kteří nesouhlasí s tím, že lidé s postižením jsou menšinou.

Mezi okolnosti, které navzájem spojují lidi s postižením a současně je odlišují od majority nepostižených, patří například postoj majoritní společnosti k nim, tendence k

jejich sociální exkluzi (vyloučení), diskriminace existující v mnoha oblastech jejich života, potřeba rovnoprávnosti a rovných příležitostí,...

Vzhledem k dlouhodobým problémům s komunikací a vžitým předsudkům vůči zdravotně postiženým přišla Národní rada osob se zdravotním postižením ČR v roce 2006 s projektem – DESATERO, který je určen veřejnosti pro bezproblémovou komunikaci s lidmi se zdravotním postižením. V rámci tohoto projektu byla vytvořena DESATERA KOMUNIKACE pro základní typy zdravotního postižení.

Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. K rozhovoru s tímto člověkem je nezbytné navázání zrakového kontaktu. Můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Vždy zjistíme, zda preferuje komunikaci mluvením, odezíráním, psaním, nebo používá znakový jazyk.
3. Odezírání bez pomoci sluchu není příliš spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči a je zdrojem častých omylů. Její úspěšnost je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Je nezbytné sdělit předem odezírající osobě téma rozhovoru. Mluvíme čelem k ní, musíme mít osvětlenou tvář, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova, v případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
4. Při rozhovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Raději zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
5. V přítomnosti jiné osoby doprovázející sluchově postiženého, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka, na kterého má nárok, rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením.
6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může očekávat během vyšetření a jakou spolupráci od něj očekáváme. Při vyšetření mimo zrakové pole pacienta potřebujeme další osobu, která bude stát před pacientem a bude mu dávat potřebné pokyny. Tvář této osoby musí být dobře osvětlena. Před snímkováním na RTG domluvíme optický signál, kdy už může pacient začít dýchat a pohybovat se.

7. Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor, užívané léky apod. raději opakujeme a v případě pochybností použijeme i písemnou formu. U neslyšících komunikujících prostřednictvím znakového jazyka, je vhodnější vyčkat příchodu tlumočnicka. Totéž platí i v případě, že chceme pacientovi sdělit způsob užívání léků nebo dodržování léčebné životosprávy. Toto sdělení vždy ještě napíšeme na papír a dáme pacientovi s sebou.
8. Občas požádáme, aby nám osoba se sluchovým postižením sdělila svými slovy, co nám rozuměla (nikdy se neptáme, zda nám rozuměla). Ptáme se vždy po každém důležitém sdělení.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k tomuto člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, je nutné prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi.

Desatero komunikace s neslyšícím pacientem za přítomnosti tlumočnicka

1. Člověk se sluchovým postižením má při komunikaci se zdravotníky právo na tlumočnicka, pokud o to požádá. Tlumočení probíhá podle komunikační preference konkrétního klienta – překladem do znakového jazyka, převodem do znakové češtiny, písemně či artikulací.
2. Při rozhovoru udržujeme oční kontakt přímo s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Neslyšící ovšem musí sledovat tlumočení informací. Stojíme či sedíme tak, abychom za zády neměli světlo.
3. Při rozhovoru s neslyšícím člověkem v přítomnosti tlumočnicka oslovujeme přímo toho, s kým jednáme. Rozhovor je veden mezi slyšícím odborníkem a neslyšícím pacientem, tlumočnick je pouze prostředníkem. Vyvarujeme se nutkání hovořit s tlumočnickem o neslyšícím člověku jako o objektu. Znamená to, že nikdy nepoužíváme úvodní fráze typu “Řekněte mu, že...“, „Zeptejte se pána, jestli...“
4. Naše komunikace probíhá s neslyšícím člověkem, nikoliv s tlumočnickem. Není správné mluvit nepřetržitě s tlumočnickem s tím, že ten to posléze neslyšícímu pacientovi nějak srozumitelně vysvětlí. Neslyšící účastník hovoru má právo na

informace v plné kvalitě a v čase, kdy mu jsou určeny a ptát se průběžně na to, co ho zajímá.

5. Ověřujeme si, zda neslyšící člověk dobře rozuměl. Průběžně žádáme pacienta, aby nám svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme přímo, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně po každém důležitém sdělení.
6. Tlumočnick musí při tlumočení vždy stát vedle slyšící osoby. Neslyšící člověk potřebuje vidět nejen na tlumočnicka, ale především na osobu, se kterou jedná. V případech, že se vzdálíme od tlumočnicka, neslyšící člověk se obrací za námi a uniká mu tak část důležitých informací, které jsou pro něj v tu chvíli tlumočeny.
7. Mluvíme svým obvyklým tempem. Tlumočnick nás sám upozorní, bude-li třeba zpomalit.
8. Na konci každého uceleného sdělení uděláme malou pauzu. Při tlumočení dochází vždy k malému časovému posunu. Musíme tlumočnickovi ponechat čas pro přijetí informace, její zpracování a zprostředkování. K tomuto zpoždění dochází i po přípravě tlumočnicka na výkon, je to přirozeným jevem této činnosti.
9. Poskytneme prostor neslyšícímu vsřebat informace a zeptat se na doplňující otázky. Pokud má neslyšící pacient zájem o doplňující informace, poskytneme mu k tomu čas. Je vhodné se na konci hovoru zeptat, zda potřebuje něco dalšího upřesnit.
10. Při odchodu dejme neslyšícímu pacientovi písemné sdělení o jeho zdravotním stavu a o tom, co jsme projednávali.

Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížěn. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je žádoucí nevidomého upozornit na skutečnost, že dotyčná osoba opouští místnost.

4. Podání ruky na pozdrav nevidomému nahrazuje vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet tvář při rozhovoru, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné předem pacientovi vysvětlit, co se bude dít, případně jaké přístroje budou používány a popsat vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace jako „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď Vás to bude trochu pálit“ naprosto nezbytné.
6. Dveře do místnosti by měly zůstat s ohledem na bezpečnost pacienta buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. Není vhodné s nimi manipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomými lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho případné nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

Desatero komunikace při doprovodu pacientů se zrakovým postižením

1. Zdravotnický pracovník se s nevidomým pacientem vždy předem domluví na způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému ruku a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani nijak se s ním nesnaží manipulovat.
2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Proto je výhodné, aby doprovázený byl na straně dveřních závěsů (pantů). Pokud tomu tak není, vymění si přede dveřmi místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neobchází ani jej neprotlačuje dveřmi.

3. Před vchodem na schodiště průvodce zpomalí nebo zcela zastaví a upozorní nevidomého na směr schodiště: „schody nahoru“ apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.
4. O nástupu do auta (sanitky) se doprovázený a průvodce předem stručně dohodnou. Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak ponechá na nevidomém. Je rovněž vhodné se předem domluvit, kdo dveře zavře.
5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Naznačí pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.
6. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: „zde je židle, toto je opěradlo“ a on sám si zjistí její polohu a posadí se.
7. Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat. Platí to i pro toaletu. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu, řekne mu, kde je toaletní papír, splachovací zařízení apod.
8. Při delším pobytu by měl být pacient seznámen s orientační situací místnosti, aby byl následně samostatný – jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, „sesterna“, jak se obsluhuje zařízení na přivolání sestry v případě nouze.
9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.
10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoliv vnucuje.

Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

1. Zdravotník komunikuje zásadně s pacientem, nikoliv s jeho doprovodem.
2. Při manipulaci s pacientem mu nejprve vysvětlí, co bude následovat a co by od něj potřeboval. Požádá jej o spolupráci a postup, jak by měl zdravotník postupovat, aby mu při manipulaci nepůsobil trauma.
3. Pacient s pohybovým postižením musí mít ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky.
4. Při zdravotnickém výkonu požádá zdravotník pacienta o místo vpichu nebo jiného zákroku. Obvykle ví, které místo je nejvhodnější.

5. Je nezbytné, aby pacient s pohybovým postižením měl i při převozu sanitním vozem nezbytné kompenzační pomůcky („vozíčkář“ musí mít k dispozici svůj vozík).
6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení je třeba odstranit bariéry, které brání relativně samostatnému pohybu pacienta.
7. Pokud to není nutné, je třeba udělat vše pro to, aby nebyl pacient trvale upoután na lůžko.
8. Používání pomůcek, jako permanentní močový katétr, je vhodné pouze v nejkrajnějším případě.
9. Při podávání jídla je potřeba zjistit, zda je pacient schopen se najíst a napít.
10. Během delších vyšetření je potřeba dbát na časový prostor na použití WC.

Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

1. Nepoužíváme familiární oslovení, ale respektujeme identitu pacienta a oslovujeme jej jménem nebo odpovídajícím titulem.
2. Vyhýbáme se zdětinš'ování starého člověka, ani s nemocnými trpícími demencí nehovoříme jako s dětmi.
3. Při ošetrování komunikujeme s pacienty, tak, abychom chránili jejich důstojnost.
4. Bereme ohled na jejich zpomalení psychomotorického tempa a chráníme je před časovým stresem.
5. Komplikovanější a důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na vyšetření, způsob užívání léků) několikrát opakujeme, případně je napíšeme na papír.
6. Aktivně a taktně zjistíme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. Při komunikaci s pacientem jsme v jeho zorném úhlu a udržujeme oční kontakt. Mluvíme srozumitelně.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezvyšujeme hlas. V hlučném prostředí se ve stáří zhoršuje schopnost porozumění řeči, proto se snažíme odstranit případný hluk.
9. Úměrně zdravotnímu stavu nabízíme pomoc při pohybu, odkládání oděvu či uléhání na lůžko. Pomoc však nevnucujeme a umožníme použití opěrných pomůcek (hole, chodítka).

10. Při ústavním ošetřování je cílem komunikace a ošetrovatelské aktivity podpora k obnově (udržení) soběstačnosti seniora nikoliv předčasně předpokládat její ztrátu.

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci eliminujeme rušivé a rozptylující vlivy okolního prostředí. Ověříme správnost nastavení kompenzačních pomůcek (naslouchadla), zjistíme, zda dobře slyší a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz. Zůstáváme v zorném úhlu pacienta, vyloučíme prudké pohyby a přecházení.
3. Hovoříme klidně, srozumitelně pomalu a v krátkých větách.
4. Vyhýbáme se odborným výrazům, žargonu, frázím či ironickým poznámkám. Používáme výrazy, kterým rozumí a jsou pro něj přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování bez zájmen, a pokud je to možné, tak na osoby, předměty a části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. V případě, že pacient nechápe, použijeme jinou formulaci, při které nepoužíváme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně si ověřujeme, zda nám pacient rozumí. Důležité informace píšeme na papír, pro získání pozornosti nebo zklidnění použijeme dotek.
7. Využíváme prostředky neverbální komunikace (mimika, dotek) a sledujeme neverbální signály pacienta signalizující úzkost, strach, depresi, bolest.
8. Zřetelně dáme najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda jsme ukončili komunikaci.
9. Pacienta nepodceňujeme a neomezujeme komunikaci, pouze ji přizpůsobíme jeho schopnostem. Informujeme jej o důvodu, průběhu a způsobu vyšetření. Po celou dobu výkonu s ním komunikujeme, komentujeme jeho průběh a případně jej uklidňujeme.
10. Bráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence a bráníme jejich ponižování. Posilujeme jejich autonomii a možnost o sobě rozhodovat.

(zdroj: Dokument Národní rady zdravotně postižených ČR, Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků)

Desatero komunikace s pacienty s poruchou autistického spektra (vytvořeno organizací APLA – JM)

1. Autismus není patrný na první pohled, poznáme ho až podle nestandardního chování pacienta, které je potřeba tolerovat. Přesto, že se může na první pohled zdát, že je pacient rozmazlený, zlobivý či tvrdohlavý, ve skutečnosti má jen nepřekonatelný strach z neznámého prostředí a z nové situace.
2. Důležitá je spolupráce s tlumočnickem, který pacienta s autismem vždy doprovází. Ten zná všechny důležité informace o konkrétním pacientovi. Z toho důvodu je dobré jeho rady a doporučení vhodného jednání s pacientem respektovat.
3. Jednoduchá uklidňující sdělení v krátkých větách jsou nejlepší formou slovní komunikace.
4. Je běžné, že pacienti s autismem jsou smyslově přecitlivělí. Proto je nutné, být připraveni na zvýšenou citlivost na zvuky, tóny, světlo, pachy či dotek neznámé osoby.
5. Při lékařském vyšetření je vhodné pacienta objednat na konkrétní čas. Jako nevhodnější se jeví pro pacienta s PAS začátek či konec ordinačních hodin, kdy je v čekárně jen minimum lidí a vždy ho brát přednostně před ostatními pacienty.
6. Je nezbytné tolerovat pacientův odmítavý postoj k lékařskému vyšetření. Snaha zlomit tento negativismus není vhodná a zpravidla vede pouze ke zhoršení stavu.
7. Veškerá vyšetření a úkony je nutné provádět v přítomnosti doprovodu. Ten je v dané chvíli jeho jedinou jistotou, oporou a tlumočnickem s okolím.
8. K úspěšnému lékařskému vyšetření není vždy potřeba narkóza. Je dobré zvážit, zda k použití tlumících prostředků neexistuje jednodušší a méně radikální alternativa.
9. Důležité je posoudit, zda jsou všechna vyšetření nezbytně nutná. Na některých tradičních lékařských postupech není potřeba vždy trvat.
10. Hospitalizace pacienta by také měla být důkladně zvážena. Pokud je nevyhnutelná, je velmi vhodné absolvovat pobyt v nemocnici s rodičem či jinou blízkou osobou, na kterou je pacient vázán. Je to dobré nejen pro pacienta, ale i pro ošetřující personál.

Desatero komunikace s osobami s duševním onemocněním

1. Být citlivý a přátelský.
2. Nechovat se k dotyčné osobě jako k dítěti.
3. Vyhradit si pro komunikaci dostatek času.
4. Vyhýbat se dlouhým a zmatečným vysvětlením.
5. Připravit se na delší čas při reakcích.
6. Vyjadřovat se jasně a jednoduše, používat pozitivní přístup.
7. Být konkrétní a ujistit se, že daná osoba rozumí, v případě nutnosti informace zopakovat.
8. Chovat se přátelsky a nabídnout pomoc.
9. Vyhnout se předsudkům spojeným se vzhledem osoby se zdravotním postižením.
10. Používat odkazy ve zjednodušeném formátu (piktogramy).

Desatero komunikace s osobami s poruchou řeči

1. Hovořte přirozeně a uvolněně, i když se necítíte jistě.
2. Uvědomte si, že postižení řeči je často jediné – daná osoba není více nebo méně inteligentní, stydlivá nebo nervózní než ostatní.
3. Buďte připraven, že komunikace zabere delší čas.
4. Soustřeďte se na obsah řeči ne na způsob vyjádření.
5. Mluvte přímo na danou osobu a používejte přímý oční kontakt.
6. Nesnažte se doříkávat slova nebo věty, může to být frustrující.
7. Nebojte se otevřeně hovořit o řeči dané osoby, pokud to budete považovat za tabu, situaci ještě zhoršíte.
8. Jednejte s danou osobou normálně, např. pokud k tomu dojde ve skupině nebo v jiném uspořádání, jinak se bude cítit frustrovaná.
9. Nedávejte zjednodušené rady, např. “dýchejte zhluboka“. I když jsou takové rady dobře míněné, málokdy pomohou.
10. Dejte dané osobě možnost a prostor se vyjádřit.

4. Etické aspekty poskytování kulturně shodné péče

Etiku chápeme jako soubor morálních zásad slučitelných s obecnou představou slušného člověka. Bývá obvykle vnímána jako systém nejjobecnějších názorů na hodnotovou stránku praktického lidského jednání, tedy zjednodušeně řečeno, na to, co je v jednání člověka morální nebo nemorální, mravné nebo nemravné. Učí nás, jaké normy a pravidla společenského chování máme ctít, abychom byli dobrými lidmi.

(Marečková, 2000)

Základním kodexem lékařské etiky je takzvaná *Hippokratova přísaha*, jejíž vznik je datován do období 500-350 př. Kr. Jedná se o nejznámější část sbírky *Corpus Hippocraticum*, která není Hippokratovým dílem, ale vyjadřuje však jeho morální zásady. Její obsah je následující:

1. *Přísahám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieu a Panakiu a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto přísahu a smlouvu podle svých schopností a podle svého vědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění (lékařskému), budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně tak i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto (lékařského) umění zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny mého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.*
2. *Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného podle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.*
3. *Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne kdokoliv o to požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu.*
4. *Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění.*
5. *Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takové řemeslo provádějí.*

6. *Do všech domů, kam vstoupím, vstupovat budu ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystrhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků.*
7. *Cokoliv při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.*
8. *Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.*

Za moderní formu Hippokratovy přísahy lze považovat **Ženevský lékařský slib**, sestavený v roce 1948 v Ženevě Světovou asociací lékařů (World Medical Association) na prvním zasedání Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation).

Přijetí této přísahy bylo reakcí na profesionální pochybení lékařů za nacizmu. Proslula zejména následující větou: „*Nedopustím, aby jakékoliv náboženské, rasové, stranické či třídní názory ovlivnily můj vztah k pacientům.*“

(Schott, 1994)

Další významným dokumentem upravujícím etické aspekty lékařské péče je **Mezinárodní kodex lékařské etiky (International Code of Medical Ethics)**, vyhlášený v roce 1949 nejvýznamnější institucí lékařské profese, Světovou asociací lékařů (WMA). V současnosti je nejvyšší závaznou profesní normou.

Neméně důležitým standardem zavazujícím příslušníky lékařské profese je **Etický kodex České lékařské komory** z roku 1996. Jeho novela nabyla účinnosti 22. 7. 2007 vyhlášením předsednictva ČLK ze dne 22. 6. 2007. Tento kodex má paragrafové znění, není však právně závaznou normou. Je však normativním nástrojem České lékařské komory, která může při jeho porušení vyvodit důsledky včetně odebrání licence. Formuluje obecné lékařovy povinnosti a kromě toho upravuje podmínky výkonu lékařského povolání, tak i vztah k pacientovi a ke kolegům.

(Kuře, 2012)

Z výše uvedených norem vychází i další oborové kodexy jako **Etický kodex Asociace klinických psychologů**, **Etický kodex České stomatologické komory**, **Etický kodex České asociace sester**, **Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí** (viz příloha č. 1) a další.

Etický kodex určený všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům jako svůj metodický pokyn vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR (č. 13469/04/VVO, uveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č.7/2004).

Ani tento předpis nelze však považovat za právně závazný, má pouze charakter doporučení. Díky tomuto dokumentu však lze konstatovat, že všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci mají v České republice svůj etický kodex bez ohledu na to, zda jsou či nejsou členy profesní organizace a zda tato organizace vydala vlastní etický kodex.

Etickým kodexem jsou i práva pacientů vypracovaná a schválená Centrální etickou komisí MZ v roce 1992. Tato práva korespondují s etickými závazky zdravotnických pracovníků.

(Ptáček, 2011)

Kulturně shodná péče vychází z uvedených etických norem, kromě toho je však nezbytná *interkulturní kompetence* zdravotníka.

Tento pojem chápeme jako způsobilost jedince realizovat s využitím osvojených znalostí o specifitách národních/etnických kultur a příslušných dovedností efektivní komunikaci a spolupráci s příslušníky jiných kultur. Základem *interkulturní kompetence* je jazyková vybavenost jednotlivce a respektování kulturních specifit pacienta.

(Průcha, 2010)

5. Komunikace s pacienty odlišné kultury na RDG oddělení

Kvalitní komunikace s pacienty na RDG oddělení je nedílnou součástí práce radiologického asistenta.

Pro zhotovení diagnosticky hodnotného snímku je nezbytné dodržení projekčních zásad, které jsou mnohdy bez spolupráce pacienta neproveditelné. Z tohoto důvodu je zapotřebí aktivní účasti pacienta, které však nelze dosáhnout bez komunikace s ním. Z pohledu radiologického asistenta patří mezi nejnáročnější situace, kdy mezi ním a pacientem existuje komunikační bariéra, limitující jeho komunikaci s pacientem.

V případě, že pacient hovoří jiným jazykem a kromě toho pochází z jiného kulturního prostředí, je vzájemná spolupráce s radiologickým asistentem velmi náročná. Abychom se vyhnuli nepříjemným situacím, vycházejícím z neznalosti kulturních odlišností a neznalosti jazyka, je zapotřebí seznámit se s kulturními odlišnostmi a najít komunikační prostředek, který by vzájemnou komunikaci usnadnil. Velmi často se stává, že pacient hovoří pouze svým rodným jazykem a nevládne žádným ze světových jazyků. Proto je jazyková příprava radiologického asistenta v tomto případě nepoužitelná. Neznamená to však, že by jazyková příprava nebyla důležitá. Spíše naopak se jeví v současnosti, vzhledem k množství zahraničních pacientů, navštěvujících naše zdravotnická zařízení, jako nutná. Dalo by se říci, že komunikace s cizinci na RDG pracovišti je na denním pořádku. V některých situacích vzájemnou komunikaci usnadňuje přítomnost tlumočníka, není to však pravidlem. Velmi často přicházejí tito pacienti sami nebo pouze v doprovodu osob ze stejného kulturního prostředí a bez znalosti některého světového jazyka.

Příkladem multikulturní komunikace v podmínkách Radiodiagnostického oddělení FN Bory je snímkování agenturních pracovníků firmy Panasonic. V rámci vstupní kontroly jsou tito pracovníci vyšetřováni na Klinice TRN a následně odesláni na naše RDG oddělení za účelem snímkování plic. Velmi často se v poslední době jedná o občany Mongolska. Tito lidé zažívají velký stres změnou kulturního prostředí, neznají žádný ze světových jazyků, mnohdy jsou i negramotní. Zpočátku, než jsme pochopili nezbytnost odlišného přístupu k těmto pacientům, docházelo často k jejich záměně, či dalším nedorozuměním. Trpělivým a vstřícným přístupem s použitím alternativní komunikace pomocí ukazování a

naznačování, co se od pacientů očekává, došlo k výraznému posunu v komunikaci s nimi. Velkým přínosem pro komunikaci by byla pomůcka, znázorňující základní pokyny používané na našem oddělení během vyšetřování pacientů.

Z výše uvedeného vyplývá, že pro práci radiologického asistenta je v současnosti nezbytná znalost některého ze světových jazyků, znalost kulturních odlišností a empatický přístup k pacientům odlišné kultury.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Komunikační karty

Tvorbě komunikačních karet, zaměřených na radiodiagnostická pracoviště předcházely mnohaleté zkušenosti, získané neustálým kontaktem s pacienty cizinci na RDG oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Bory. Toto pracoviště úzce spolupracuje s TRN klinikou, která provádí v masovém měřítku preventivní kontroly agenturních pracovníků firmy Panasonic. Jejich národnostní složení je velmi různorodé a jazykové znalosti poměrně malé. Dá se proto očekávat, že použití komunikačních karet bude velkým přínosem pro komunikaci s nimi.

Základním problémem bylo, vybrat nejběžnější situace na radiodiagnostickém pracovišti a pokusit se je vyjádřit jednoduchým a výstižným piktogramem. Inspirací pro mne byla publikace vytvořená ve Švédském institutu pro speciální vzdělávání s názvem „The practical application of pictogram“. Autorkou je Kerstin Falck. Kromě příkladů komunikace prostřednictvím piktogramů jsou zde též uvedeny zkušenosti s jejich tvorbou. Jako nejvhodnější je pro svou zřetelnost a dobrou viditelnost považována kombinace bílého piktogramu na černém pozadí. Vzhledem k tomu, že každý detail negativně ovlivňuje způsob interpretace, doporučuje se jednoduchost obrázku bez přílišných detailů.

Dalším úkolem bylo, vybrat softwarové prostředí, ve kterém budou piktogramy tvořeny. Vlastní výroba prostřednictvím některého z grafických programů by byla poměrně náročná s nejistým výsledkem, proto jsem se rozhodl vybírat z osvědčených programů, zaměřených na tuto problematiku. Při jejich vyhledávání mne překvapila poměrně rozsáhlá nabídka těchto programů. Vybíral jsem z následujících programů: *Altík*, *Piktogramy*, *Voks*, *Picto selector*, *Symwriter*, *Boardmaker*. Měřítkem výběru byla dostupnost, uživatelská přívětivost a schopnost tvorby piktogramů výše zmíněných parametrů. Mým představám nejlépe vyhovoval program *Picto selector*. Program vyvinul holandský vývojář Martijn van Kooij pro manželku a svého syna, trpícího poruchou autistického spektra.

Vypovídající hodnotu vytvořených piktogramů jsem ověřil prostřednictvím příbuzných a kolegů.

Z praktických důvodů jsem jednotlivé piktogramy zatavil do fólie a svázal kroužkovou vazbou. Soubor piktogramů jsem umístil na Radiodiagnostické oddělení FN

Plzeň Bory, na pracoviště s nejčastějším kontaktem s pacienty cizinci. Setkal jsem se s kladným ohlasem z řad zaměstnanců a též s prvními úspěchy při jejich používání v praxi. V dohledné budoucnosti plánuji vytvoření nové sady piktogramů, reflektující na první zkušenosti s jejich používáním a podněty kolegů. V případě úspěšného uvedení do praxe, nevylučuji rozšíření těchto komunikačních karet i na další radiodiagnostická pracoviště.

7. Diskuze

Na základě rozhovoru s tiskovou mluvčí Fakultní nemocnice Plzeň Mgr. Renatou Kroupovou Jenšíkovou, jsem si potvrdil subjektivní pocit o vzrůstajícím počtu zahraničních pacientů vyhledávajících toto zdravotnické zařízení. Byl jsem seznámen s faktem, že v loňském roce byli ve Fakultní nemocnici v Plzni ošetřeni pacienti pocházející takřka ze všech zemí Evropské unie a několika desítek dalších národností. Komunikace s mnohými z nich je díky absenci znalosti některého ze světových jazyků velmi obtížná.

Zajímal mne i pohled z druhé strany, proto jsem prostřednictvím tlumočnicka provedl s některými pacienty-cizinci rozhovor. Zejména jsem se zajímal o jejich negativní i pozitivní zkušenosti s komunikací se zdravotníky ve Fakultní nemocnici v Plzni a návrhy na její zlepšení. Příjemně mne překvapila spokojenost s ochotou a vstřícností u všech dotázaných. Možnost, že by jim pomohly při komunikaci obrázkové komunikační karty, nikdo z nich nevyloučil. Pouze jsem byl upozorněn, že obrázky musí být názorné, aby byl pacientem správně pochopen jejich význam. Překlad do svého rodného jazyka nikdo z nich však nevyžadoval. Shodli se pouze na tom, že by jim pomohlo pro správné pochopení pokynů, kdyby zdravotník mluvil pomalu, srozumitelně v jednoduchých a krátkých větách.

Profesionálními tlumočníky jsem byl též upozorněn na fakt, že v případě interpretace překladu zdravotníkem s neznalostí daného jazyka může dojít k mnoho omylům a nedorozuměním.

Na některých pracovištích našeho radiodiagnostického oddělení jsou již několik let k dispozici karty s překlady některých výrazů používaných ve zdravotnictví do vietnamského jazyka. Jejich nedostatkem pro použití na tomto pracovišti je však příliš obecné zaměření. V současnosti nejsou používány, neboť při opakovaných pokusech o komunikaci s pacienty vietnamské národnosti jejich prostřednictvím, nedošlo nikdy k vzájemnému porozumění mezi pacientem a radiologickým asistentem. Tento způsob komunikace se v praxi naprosto neosvědčil.

Dále jsou ve Fakultní nemocnici v Plzni používány takzvané „Anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty“. Jejich zpracování je kvalitnější a obsahují obrázky, představující danou situaci a překlad do několika jazyků. Mají několik verzí zaměřených na některé obory, pro radiodiagnostické pracoviště však vytvořeny nebyly.

Dospěl jsem proto k přesvědčení, že pro radiodiagnostické pracoviště by bylo přínosem vytvoření komunikačních karet zaměřených na toto pracoviště. Rozhovor s pacienty cizinci a zkušenost s používáním výše uvedených komunikačních pomůcek mne přesvědčil, že nejpodstatnější pro komunikaci s nimi je názornost a jednoduchost.

Zaměřil jsem se proto na tvorbu jednoduchých piktogramů, s pokud možno co nejvyšší vypovídající hodnotou (viz příloha č. 2).

Mezi výhody bych zařadil jednoduchost použití i pro radiologické asistenty, kteří nemají jazykové znalosti, možnost použití i pro další skupiny pacientů, jako jsou pacienti s poruchou autistického spektra, s duševním onemocněním, se sluchovým postižením a dalšími handicapami narušujícími jejich komunikační schopnosti.

První zkušenosti z praktického používání této komunikační pomůcky na RDG oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Bory naznačují, že se jednalo o správnou volbu.

8. Závěr

Tato práce rozkrývá ve své teoretické části problematiku multikulturního přístupu ve zdravotnictví z hlediska jeho vzniku a historických mezníků. Dále se zabývá aplikací tohoto aktuálního tématu v České republice, jeho právním rámcem a prvními úspěšnými projekty. Významná část je věnována seznámení se základními pojmy používanými v souvislosti s multikulturním přístupem, jejichž znalost je nezbytná pro pochopení celé problematiky. Neméně důležité je povědomí o národnostních, etnických a kulturních menšinách na území ČR a jejich odlišnostech v komunikaci. Proto je i této oblasti věnován významný prostor. Ve své práci jsem se též zaměřil na charakteristiku a specifika v komunikaci zdravotně postižených pacientů, zejména těch, jejichž handicap má negativní vliv na úroveň komunikačních schopností. Nedílnou součástí je seznámení s etickými aspekty poskytování kulturně shodné péče v historickém kontextu a nástin současných etických norem, které mají vliv na práci zdravotníků. Teoretickou část jsem uzavřel úvahou o komunikaci s pacienty odlišné kultury v rámci radiodiagnostického pracoviště a nastínil úskalí a některé možnosti jejího zkvalitnění.

Praktická část pojednává o motivaci vedoucí k tvorbě komunikačních karet, úskalích, technických parametrech a možnostech jejich uplatnění.

Závěrem lze říci, že komunikace s pacientem na radiodiagnostickém pracovišti je klíčovou součástí práce radiologického asistenta. Bez spolupráce pacienta si lze jen těžko představit zhotovení obrazové dokumentace s dostatečnou vypovídající hodnotou.

Od radiologického asistenta očekáváme nejen dostatečnou profesní zručnost a odborné znalosti, ale též vysokou míru empatie a komunikačních schopností. Chování každého pacienta ve zdravotnickém prostředí je značně ovlivněno zdravotními problémy, neznámým prostředím, obavami a do jisté míry i vystupováním zdravotnického personálu. V případě jazykové bariéry či handicapu, limitujícího úroveň komunikace, je spolupráce s pacientem ještě náročnější.

Z výše uvedených důvodů je nezbytné rozšiřování možností komunikace pomocí komunikačních pomůcek typu jazykových karet či piktogramů. Dále je potřebné soustavné vzdělávání radiologických asistentů zahrnující jazykovou vybavenost, znalosti kulturních odlišností, specifík handicapovaných pacientů, případně i schopnost komunikace ve znakové řeči.

9. Seznam použité literatury

1. BURNARD, PH., GILL, P. *Culture, communication and nursing*. Harlow: Pearson Education, 2008. 181 s.
ISBN 978-0-13-232892-0
2. Česká republika. Věstník Ministerstva zdravotnictví. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 2004, roč. 2004/7[on line]. 18.2.2013, [cit.2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html>
3. DE VITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing,a.s. 2008.508 s.
ISBN 978-80-247-2018-0
4. FALCK, K. Swedish Institute for Special Needs Education. *The Practical Application of Pictogram*. Nya Tryckeriet/Prinfo, Lycksele 2001. – 60 s.
ISBN 91-7838-590-3 Order no. 8805
5. HENDRYCH, D. *Právníký slovník*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. 1320 s.
ISBN 978-80-717-9740-1
6. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. 2005. 248 s.
ISBN 80-247-1212-1.
7. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288 s.
ISBN 80-7178-535-0.
8. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s.
ISBN 978-80-247-2150-7.
9. KUŘE, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2.vyd., upravené. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 114 s.
ISBN 978-80-210-5951-1.
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2006. 152 s
ISBN 978-80-247-1784-5
11. MARÁDOVÁ, E. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 44 s.
ISBN 80-86991-82-2

12. MAREČKOVÁ, Jana, Věra VRÁNOVÁ. *Ošetřovatelství na prahu 3. Tisíciletí. Sborník příspěvků II. Konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 142 s.
ISBN 80-86257-21-5
13. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, 1.vyd. Ostrava: 2003. 120 s.
ISBN 8-7042-344-7
14. NÁRODNÍ ÚSTAV LIDOVÉ KULTURY, ETNOLOGICKÝ ÚSTAV. *Malý etnologický slovník*. Strážnice: Národní ústav lidové kultury, 2011. 115 s.
ISBN 978-80-87261-70-5
15. PRŮCHA, Jan. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. 200 s.
ISBN 978-80-247-3069-1
16. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s.
ISBN 978-80-247-3976-2
17. SCHOTT, H. a kol. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994. 648 s.
ISBN 80-85873-16-8
18. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 188 s.
ISBN 80-7178-648-9
19. ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetřovatelství*. 2. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s.
ISBN 80-247-1213-X.
20. URBAN, L. *Sociologie trochu jinak 2*. Praha: Grada, 2011. 272 s.
ISBN 978-80-247-3562-7
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s.
ISBN 80-247-1262-8
22. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s.
ISBN 80-7178-291-2

10. Seznam zkratek

APLA – Asociace pomáhající lidem s autismem

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

LFUP – Lékařská fakulta univerzity Palackého

MZ – ministerstvo zdravotnictví

OZP – osoby se zdravotním postižením

PAS – porucha autistického spektra

PdF UP – Pedagogická fakulta univerzity Palackého

Př. Kr. – před Kristem

RDG – radiodiagnostické

TRN – tuberkulózy a respirační nemoci

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

WMA – Světová lékařská asociace (World Medical Association)

11. Seznam příloh

Příloha č. 1 Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků

Příloha č. 2 Piktogramy

Příloha č. 1 Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje *zdravotní* péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

(Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2004, s. 12)

Příloha č. 2 Přehled vytvořených piktogramů



Obrázek 1: Jste těhotná?



Obrázek 2: Jste na něco alergický?



Obrázek 3: Rozumíte?



Obrázek 4: Nejist



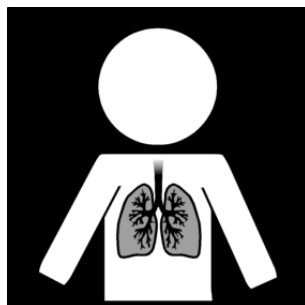
Obrázek 5: Nepít



Obrázek 6: Nehýbat



Obrázek 7: Nedýchat



Obrázek 8: Dýchat



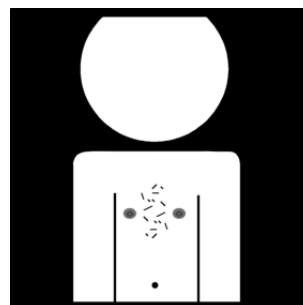
Obrázek 9: Posad'te se



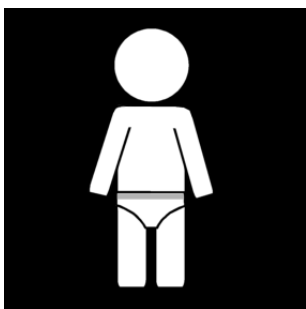
Obrázek 10: Položte se na záda



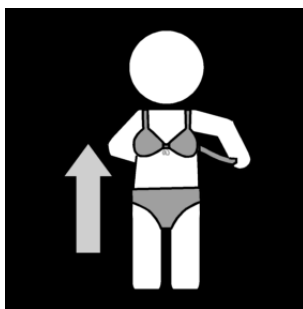
Obrázek 11: Dejte ruce nad hlavu



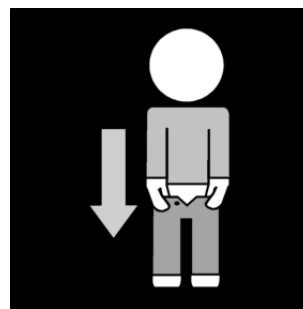
Obrázek 12: Odložte si do půl těla



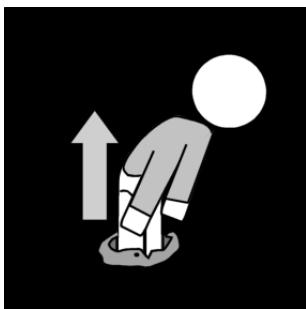
Obrázek 13: Odložte si do spodního prádla „On“



Obrázek 14: Odložte si do spodního prádla „Ona“



Obrázek 15: Svlékněte si kalhoty



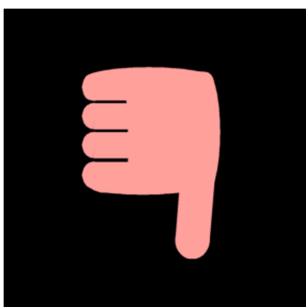
Obrázek 16: Oblečte si kalhoty



Obrázek 17: Vyjměte si zubní protézu



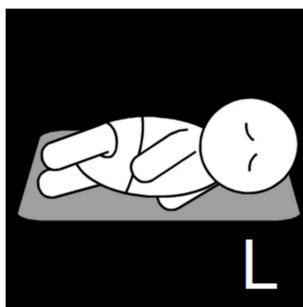
Obrázek 18: Jste dobře vyprázdněn?



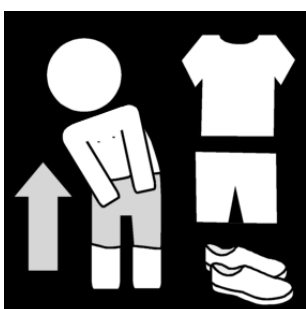
Obrázek 19: Špatně



Obrázek 20: Dobře



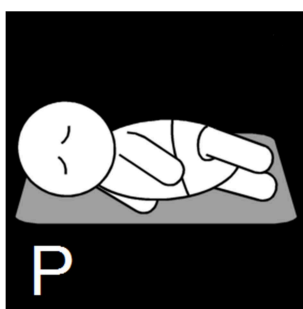
Obrázek 21: Položte se na levý bok



Obrázek 22: Můžete se obléknout



Obrázek 23: Máte doprovod?



Obrázek 24: Položte se na pravý bok