Masarykova univerzita, Filozofická fakulta
Psychologický ústav
Študijný rok 2011/2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Vplyv psycho-sociálnych determinantov na vzťah doktor - pacient v Brazílii

Michaela Struhárová

Vedúci diplomovej práce: PhDr. David Kuneš, Ph.D.

Brno 2011

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu vypracovala samostatne a uviedla v nej všetku literatúru a pramene, ktoré som použila.

V Brne 28. 11. 2011 .....

Ďakujem vedúcemu práce PhDr. Davidovi Kunešovi, Ph. D. za trpezlivé vedenie, podporu, jeho cenné rady a profesionálny prístup k vedeniu práce. Chcela by som sa tiež poďakovať rodine a známym za ich všestrannú podporu a pomoc pri korektúre. Na záver ďakujem profesorovi Alessandro de Oliveira dos Santos z Univerzity Sao Paulo za možnosť vykonať rozhovory s doktormi a za jeho podporu.

Obsah

1. Úvod 1
I. TEORETICKÁ ČASŤ 4
2. Rasové vzťahy 5
2.1. Rasa 5
2.2. Od rasovej diskriminácie k rasizmu 8
2.3. Predsudky 12
2.3.1. Teórie vzniku predsudkov 13
2.3.2. Zmeny predsudkov 16
2.3.3. Typy predsudkov a rasizmu 17
2.4. Stereotypy a postoje 22
2.5. Bielenie (whitening), belosť (whiteness) a ich vplyv na pojímanie pojmu „rasa“ v prítomnosti 25
2.5.1. Bielenie (Whitening) 25
2.5.2. Belosť (Whiteness) 28
3. Identita 33
3.1. Teórie identity 37
3.1.1. Teória Ego identity 37
3.1.2. Strykerova teória identity 38
3.1.3. Tajfelova teória sociálnej identity 38
3.1.4. Etnolingvistická teória identity 39
3.1.5. Teórie sociálneho konštruktivizmu 40
3.1.6. Weinrichova analýza štruktúry identity 41
3.1.7. Postmoderné prístupy 41
3.2. Kultúrna, sociálna a etnická podmienenosť identity 42
4. Vzťah doktor - pacient 44
4.1. Otázka rasy a nerovnosti vo vzťahu doktor- pacient 50
II. VÝSKUMNÁ ČASŤ 53
5. Výskumný problém 54
5.1. Ciele výskumu 54
5.2. Východiská a typ výskumu 55
5.2.1. Subjektivita kvalitatívneho výskumu 56

6. Metodológia výskumu ... **56**
6.1. Výskumná vzorka ... **56**
6.2. Etické aspekty ... **57**
6.3. Metódy získania dát ... **58**
6.3.1. Štruktúra rozhovoru ... 59
6.4. Metódy spracovania dát ... **60**
7. Výsledky analýzy ... **62**
7.1. Vzťah doktor -pacient ... **63**
7.2. Medicínske štúdium ... **66**
7.3. Etnicko-rasové vzťahy a seba-identifikácia ... **69**
7.4. Predsudky a diskriminácia ... **71**
8. Diskusia ... **74**
8.1. Výsledky analýzy ... **74**
8.2. Nedostatky výskumu a návrhy na pokračovanie výskumu ... **78**
9. Záver ... **79**
10. Bibliografia: ... **80**
Príloha ... **84**

1. Úvod

V súčasnej dobe sa čoraz viac stáva aktuálnejšou téma etnických a rasových problémov. Súvisí to najmä so zvýšením pohybu pracovných síl po celom svete. Avšak na túto problematiku sociálna psychológia v strednej Európe nekladie príliš veľký dôraz. Je to spôsobené hlavne tým, že okrem problému s menšinami sa nestýkame s vážnymi sociálnymi problémami v porovnaní s krajinami južnej a severnej Ameriky. V samotnej Brazílii, ktorá je ovplyvnená svojou históriou otroctva, miešaním rás (tzv. miscegenation) a bielenia populácie (tzv. whitening), sa psychológia tiež len málo venuje rasovým vzťahom. Tam dokonca miešanie rás vyústilo v to, že v súčasnosti tvoria asi 40% obyvateľstva mulati (miešanec belocha a černocha), mestici (miešanec belocha a indiána) a kajoti (miešanci mulata a mestica) (Průcha, 2004). Veľmi ťažko by sme túto tematiku hľadali v povinných predmetoch na tunajších fakultách psychológie či verejného zdravia (*u nás tento obor spadá do psychológie, medicíny a sociológie*). Do popredia sa dostáva len sociálna diferenciácia a pohlavie, ktoré sú dôležitými faktormi pri tvorení ľudskej psychiky. Avšak faktor rasa či farba pleti sa nemenej podieľa na konštrukcii ľudskej psychiky a na zaradení ľudí do spoločnosti.

O Brazílii sa často hovorí, že rasizmus je tu skrytý, respektíve odlišný od rasizmu v USA alebo v Európe. Santos (1990) tento fenomén nazýva rasovou demokraciou a zároveň v svojej knihe „A questao do negro na sala da aula“ (Otázka černocha na prednáške) prichádza s otázkou, či je to naozaj tak. Podľa neho, všetko svedči o tom, že to tak nie je. Slovo demokracia naznačuje, že všetci ľudia by mali mať rovnaké právo na všetko a s rovnými príležitosťami pre všetkých. Bohužiaľ, k tomuto zatiaľ nikdy v Brazílii nedošlo.

Problematika rasovej otázky nie je dobre preskúmaná v rámci sociálnej psychológie nielen v Brazílii ale aj na celom svete. Brazília je krajinou, kde ťažko nájdeme genotypicky čistých belochov či černochov a kde Aziati tretej alebo štvrtej generácie nesú pomenovanie „japa“ (Japonec) aj napriek tomu ich predkovia pochádzajú z Číny alebo Kórei. Popri tom môže byť Európan (napr. Francúz), potomok rodičov, ktorí emigrovali do Brazílie, označovaný za Brazílčana a nie za Francúza. Prečo tomu tak je? Skrývajú sa za tým snáď predsudky voči farbe pleti alebo šikmosti oči? Môžu za to naše fenotypové rozdiely? Problematika rasových vzťahov sa úzko spája s rasovou identitou a často vedie k negatívnej identifikácii. Chcela by som

upozorniť, že koncept rasy v Brazílii nie je chápaný biologicky, ale je to kategória vytvorená sociálne. Individuálne charakteristiky ako pohlavie a rasa/farba pleti majú veľkú váhu v každodenných situáciách, či už v prostredí svojich blízkych, v škole, alebo v prípade návštevy lekára. Na týchto charakteristikách mnohokrát záleží náš vzťah s okolím a na príležitostiach, ktoré nám budú dostupné. Podľa Batistu (2005) černosi, indiáni a belosi neobsadzujú rovnaké pozície v sociálnych sieťach, čím so sebou prinášajú aj nerovné zážitky narodenia sa, žitia, ochorenia a zomierania.

Kategória rasa/farba pleti spadá aj do vzťahu doktora a pacienta, kde je veľmi dôležité vytvoriť bližší vzťah. V takomto vzťahu pacient nie je vnímaný ako objekt, ale ako subjekt terapeutického procesu, a to by malo zaručiť väčšiu úspešnosť liečby. Dať väčšiu pozornosť pacientovi a starostlivo vypočuť jeho problém, utrpenie či požiadavky, zabezpečí úprimné a dôverné puto medzi lekárom a pacientom. Takto sa bude môcť dozvedieť viac potrebných informácií o pacientovi, pochopiť lepšie jeho chorobu a ovplyvniť tak pozitívne aj jeho liečbu. Ak do tohto vzťahu vstúpi rasizmus, predsudky a stereotypy, len veľmi ťažko bude vytvorené takéto puto. Dôležité pri tom je, do ktorej rasovej skupiny sa doktor zaraďuje, pretože v Brazílii má skoro každý potomkov belochov i černochov a rasa tu je viac otázkou farby pleti. Rasová identita lekára je tak veľmi subjektívnou otázkou. Takisto farba pleti lekára má vplyv na pacienta, a to z hľadiska rasovej rovnosti, a tiež z hľadiska spoločenskej spolupatričnosti. Podľa Jodelet (dle Bento, 2007) si jednotlivec vytvára silné emočné puto ku skupine, do ktorej patrí a buduje si na tom aj svoju vlastnú identitu a obraz o jeho skupine, ktorý je zároveň obrazom seba samého. A ten ho vedie k obrane hodnôt jeho skupiny a k vylúčeniu tých, ktorí do nej nepatria.

To, že rasa/farba pleti, hrá svoju dôležitú úlohu vo vzťahu doktora a pacienta a následne tak na kvalite liečby nám ukazuje aj fakt, že úmrtnosť mužov belochov a černochov sa výrazne líši. Napríklad úmrtnosť z dôvodu duševných porúch: 6,38 belochov na 100 tisíc mužov a 19,58 černochov na 100 tisíc mužov (Batista, 2005).

Vo svojej práci sa zameriavam na to, aký majú podiel rasové vzťahy (rasizmus, whiteness/blackness[1]) na vzťahu doktora a pacienta, tým pádom aký to má vplyv na psychologickú stránku pacienta a jeho budúcu liečbu.

[1] v slovenčine by bol doslovný preklad belosť/čiernosť, ale tieto slová nesú iný konotát, napriek tomu ich budem ďalej v texte používať podľa daného prekladu

Teoretickú časť tvoria 3 kapitoly. V prvej sa zameriavam na rasové vzťahy a teda na vysvetlenie pojmov rasa, rasizmus, miešanie rás (tzv. miscegenation) a bielenia (tzv. whitening). V druhej kapitole sa zameriavam na identitu a hlavne na rasovú identitu a poslednej tretej kapitole sú rozobrané štúdie ohľadom vzťahu doktor - pacient a tak isto sa na tento problém zameriavam z historického hľadiska vývoja medicíny a kolektívnej zdravotnej starostlivosti v Brazílii.

Výskumná časť pozostáva zo štruktúrovaných rozhovorov s doktormi belochmi. Rozhodla som sa pre kvalitatívny výskum, aby som tak lepšie nahliadla do problému, konkrétne použijem metódu zakotvenej teórie (tzv. grounded theory) a analýzy dát. Zameranie bolo hlavne na to, ako je do štúdia medikov zahrnutá otázka rasových vzťahov a rasovej identity a či sa vo vzťahu doktor - pacient prejavujú znaky predsudkov a diskriminácie respektíve, či existuje nerovnosť v tomto vzťahu a či tento vzťah ovplyvňuje rasa/farba pleti.
Praktická časť mojej práce je zároveň časťou výskumu „Psicologia das Relações Étnico-Raciais" (Psychológia etnicko-rasových vzťahov), ktorý je vedený pod záštitou profesorov Inštitútu Psychológie na Univerzite São Paulo.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

2. Rasové vzťahy

„Ani jeden Brazílčan nemá čistú krv, pretože príklady manželstiev medzi bielymi a čiernymi sú tak rozšírené, že odtiene farieb sú infinitívne, čo spôsobuje degeneráciu druhu či už v nižších alebo vyšších triedach."

(Gobineau dle Carone, 2007, s.14)

Toto boli slová vedca a teoretika Gobineaua, ktorý dal prvý návrh na bielenie populácie už v 19. storočí, konkrétne v roku 1869. Rasové vzťahy prešli v histórii Brazílie mnohými zmenami. Za ich prvé zmienky sa považujú diela psychiatričky Rodrigues a antropológa Freyre. Neskôr okolo 50-tych rokov 20. storočia to bola tzv. škola „Paulista", do ktorej spadajú autori Fernandes, Iani, Cardoso, Bastide a Nogueira, ktorí rozvinuli otázku rasových vzťahov v Brazílii. Dodnes vidia rasový problém čisto otázkou černocha a nezahŕňajú do týchto vzťahov belochov. Tých však podrobnejšie rozoberiem v podkapitole o bielení (whitening).

2.1. Rasa

Pojem rasa je v súčasnosti používaný dosť opatrne, ako keby to bolo niečo neetické, či niečo vyjadrujúce odlišnosť, čo je v rozpore s moderným myslením o rovnosti ľudí. Nemožno však poprieť, že rozdielnosť ľudí na svete existuje, či už v rámci fenotypových, kultúrnych alebo sociálnych vlastností. To dokazuje aj fakt, že rasou sa zaoberajú vedné obory ako biológia, antropológia aj psychológia (Průcha, 2004).

Aj podľa Eysencka (dle Richards, 1997) niet pochýb o tom, že na svete existujú odlišné rasy, ktoré sa líšia tak genotypicky ako fenotypicky čiže výzorom. Rasu si však nemôžeme pomýliť s druhom, pretože rasy majú podmienky krížiť sa bez toho, že by došlo k mutácií alebo neplodnosti.

Hartl a Hartlová (2010, s.484) definujú rasu ako „kategória používaná k popisu skupín, ku ktorým jednotlivec patrí, s ktorými sa identifikuje alebo ku ktorým patrí v očiach okolitých spoločností". Podľa nich však v súčasnosti ukazujú genetické

výskumy väčšiu genetickú rozmanitosť v rámci jednej rasovej skupiny, než medzi skupinami navzájom. Táto rozmanitosť je však z genetického hľadiska minimálna, všetci ľudia spadajú do jedného biologického druhu.

Kríženie rás sa stáva čoraz častejším a normálnym javom v dnešnej spoločnosti. Eysenck (dle Richards, 1997) tvrdí, že „čistá rasa“ už čoskoro bude len mýtom, ale zároveň tak neneguje existenciu rôznych národností, ktoré sa vždy budú líšiť. Od počiatku sa mnohí autori pokúšali vytvoriť mapu rás, čo však bolo veľmi zložité vzhľadom na vysokú početnosť nájdených rozličných rás. Jedným z ucelených delení bolo delenie podľa Blumenbacha v roku 1775, ktorý vytvoril systém klasifikácie do ktorej spadala rasa bielych (caucasoidná), žltých (mongoloidná), čiernych (etiópska), hnedých (malajzijská) a červených (americká). Základom tejto ešte jednoduchej klasifikácie, založenej na logickom úsudku, bola farba pleti. Postupne vzniklo viac definícií, akými môže byť pojem „rasa“ vysvetľovaný (Borges, 2002):

- Súbor jednotlivcov, ktorých somatické charakteristiky, ako farba pleti, tvar mozgu, tváre a typ vlasov sú podobné a dedične prenosné, aj keď sa môžu líšiť od jednotlivca k jednotlivcovi.
- Antropologická definícia: je to každá podskupina ľudského druhu, ktorá údajne predstavuje samostatnú jednotku so svojimi typickými biologickými a genetickými vlastnosťami. Rôzni autori mali odlišné delenia, ale to najtypickejšie je delenie na rasu bielu (kaukazoidná), čiernu (negroidná) a žltú (mongoloidná).
- Súbor predkov a potomkov rodiny, kmeňa či národa, ktorý ma spoločný pôvod.

Autor tiež rozdeľuje pojem „rasa“ z vedeckého hľadiska na dva základné významy:

Sociologický: rasa ako skupina ľudí, ktorí majú spoločný pôvod a spoločné mentálne a fyzické vlastnosti.

Biologický: rasa ako skupina ľudí, ktorá sa geneticky takmer nelíši a teda má väčšinu génov rovnakých, na základe ktorých sa odlišuje od členov ostatných skupín.

Iný pohľad na koncept rasy má Todorov (1993). Ten tvrdí, že potreba klasifikovať ľudí do určitých skupín vyústila z veľkých objaviteľských ciest, kedy sa „civilizovaní“ Európania dostali prvýkrát do stretu s indiánmi v Amerike, černochmi v Afrike a s Ázijcami.

Z historického antropologického hľadiska existujú dva rôzne pohľady na koncept rasy: monogénny a polygénny.

Monogénny pohľad zastáva teologickú pozíciu a mal najväčší vzostup hlavne v 15. až 18. storočí. Podľa monogenizmu, všetci ľudia na svete majú jeden pôvod, rozdielnosť je len v stupni odlišnosti od dokonalosti. Hlavným predstaviteľom tejto teórie bol Darwin s jeho dielom Pôvod druhov z roku 1859, kde objasnil ľudskú rozmanitosť myšlienkou evolúcie na základe spoločných predkov a to prostredníctvom prirodzeného výberu. Monogenizmus takisto verí, že ľudské spoločnosti nasledujú rovnakým spôsobom a zohľadňuje myšlienku lineárneho vývoja ľudskej osoby, v rôznych fázach postupu.

S nástupom moderných vied sa ale vedci začali zaoberať tým, kto sú to tí iní ľudia mimo Európu. Na základe pozorovania kultúrnych a fenotypových odlišností sa vyvinul *polygenistický pohľad.* Jeho hlavnou myšlienkou bola, na rozdiel od monogenizmu, existencia viacerých rás, ktoré boli podľa Schvarcsza (1996) rozličného pôvodu. Takýto pohľad vedie k myšlienkam o biologicky rozličných rasách. Polygenizmus taktiež rozlišuje hierarchiu medzi spoločnosťami, ktorá sa zakladá na súvisiacej rasovej rozdielnosti. Vidí ju ako prirodzený faktor v zaostalosti a degenerácií ľudí. Černosi, ako akýsi iný druh ľudí, sa teda nemali podieľať na rovnosti bieleho civilizovaného človeka.

Vedecké rozmýšľanie sa tak rozdelí do dvoch hlavných prúdov a síce:

- etnologický, založený na myšlienke monogenizmu, ktorý zastáva kultúrnu evolúciu;
- antropologický, založený na polygenizme, ktorý sa spája s myšlienkou rozličnosti a nemennosti rás a zastáva biologickú evolúciu.

Obidve klasifikácie, či už antropologická alebo etnologická, však produkujú myšlienky o ľudskej nadradenosti buď biologickej alebo kultúrnej. V oboch prípadoch je európska biela rasa nadraďovaná.

Existuje mnoho ďalších definícií, avšak chcela by som podotknúť, že voči antropologickej definícií vzišlo mnoho kritík a to hlavne preto, lebo sa dokázalo, že genetická diverzia sa nachádza v kontinuu a nie medzi izolovanými skupinami jednotlivcov. Neskôr štúdie dokázali, že genetická odlišnosť jednej osoby od druhej je len 0,01%, čiže všetky ľudské bytosti sú na 99,99% geneticky identické (Borges, 2002). Tu sa začalo uvažovať, že rozdelenie rás nie je len čisto biologická záležitosť, ale dôležitú úlohu tu zohráva kultúra, jej zvyky a odlišnosti. V povedomí ľudí dodnes

pretrváva klasické rozdelenie z 18. storočia, v ktorom boli rasy rozdelené na základe farby pleti na bielu, žltú a čiernu.

2.2. Od rasovej diskriminácie k rasizmu

Existuje viacero definícií rasizmu. Za najvýstižnejšiu by som uviedla chápanie tohto pojmu podľa Hartla a Hartlovej (2010, s. 484), ktorí považujú rasizmus za „predsudok, založený na postoji a viere v existenciu vyšších, nadradených a nižších, menejcenných rás, plemien“ a za „zdôrazňovanie rasových znakov a rozdielov a z nich odvodených teórií o nadradenosti a podradenosti rás a z toho vyplývajúcich názorov o podriadenosti alebo likvidácii nižších rás“. Borges (2002, s.48) považuje rasizmus za „nepriateľské alebo pohŕdavé správanie voči ľuďom alebo skupinám ľudí, ktorých morálne a intelektuálne vlastnosti sú považované za podradené a priamo súvisia s ich rasovými charakteristikami, to sú fyzické a biologické vlastnosti“. Alebo podľa Lima (2004) je rasizmus proces hierarchie, vylúčenia a diskriminácie proti jednotlivcovi alebo proti celej sociálnej kategórii, ktorá je definovaná ako „iná“ na základe či už skutočného alebo imaginárneho vonkajšieho fyzického znaku.

Podľa Arendt (1989) rasová diskriminácia a rasistické ideológie siahajú do 18. storočia, kedy sa z pojmu „rasa“ postupne vyvinula rasistická ideológia, prenikala do 19. storočia a od začiatku 20. storočia bola veľkou podporou imperialistickej ideológie. Foucault (1992) vysvetľuje pôvod rasizmu ako ideológie založenej na boji medzi rasami odôvodnenej evolučnou teóriou a bojom o život. V tomto období sa zrodil ***bio-sociálny rasizmus,*** založený na myšlienke nadradenej rasy (bielej európskej), ktorá je videná ako držiteľ fyzickej, intelektuálnej, morálnej a estetickej prevahy, rovnako na myšlienke moci nad pravdou a normami nad rasami, ktoré predstavujú nebezpečenstvo pre biologické dedičstvo. V tejto dobe sa taktiež objavujú rasisticko-biologické úvahy o degenerácii ľudstva. Podľa týchto úvah by sa biela rasa zdegenerovala a stala by sa slabou a neplodnou po skrížení sa s podradenými rasami. Spoločnosť sa vo všeobecnosti chránila voči biologickým nebezpečenstvám, ktoré prinášali so sebou podradené rasy alebo skríženie sa s nimi.

Samotné usporiadanie a klasifikovanie ľudských jednotlivcov nie je považované za chybné, čiže rozpoznať určitú rasovú klasifikáciu ešte neznamená, že vyvíjame rasovú diskrimináciu, alebo prijímame rasistické koncepty. V určitom zmysle slova poznať znamená vedieť porovnávať a klasifikovať. Ak sa v procese klasifikácie priraďujú hodnoty na základe rasy ako hlavného faktoru, vtedy môže mať takéto správanie rasistickú konotáciu. Tento proces sa potom nazýva *rasová diskriminácia* a dostáva sa do neho myšlienka nadradenosti a podradenosti. Je založený na kultúrnych alebo fyzických predsudkoch (Carone, 2007). Rozdelenie typov predsudkov uvediem v ďalšej podkapitole. Za *sociálnu diskrimináciu* je možné považovať akékoľvek „nerovné a predpojaté zaobchádzanie s jednotlivcom alebo skupinou, na základe rasy, pohlavia, etnicity a kultúrneho zázemia“ (Hartl, Hartlová, 2010, s.103). O rasovej diskriminácii ako takej sa hovorí až v prípade, keď sa rasistické postoje uplatňujú v spoločenskej sfére života, vo vzdelávaní, na trhu práce a ostatných spoločenských sférach (Průcha, 2004). V niektorých štátoch, ako napríklad v Brazílii alebo v Spojených štátoch amerických, bola za zámerom odstránenia alebo zmiernenia rasovej diskriminácie vyvinutá afirmatívna politika v podobe *afirmatívnych akcií*. Mali tak zaručiť znevýhodňovaným menšinovým skupinám rovnaký prístup k vzdelávaniu aj zamestnaniu. Napríklad v Brazílii sú príkladom afirmatívnych akcií kvóty, ktoré boli zavedené na niektorých univerzitách a zlepšili tak černošskej a indiánskej populácii podmienky pre prijatie na univerzitu pridaním určitého percenta bodov (Guarnieri, Melo - Silva, 2007). Takéto akcie boli aj sú mnohoročne diskutované, pretože niektorí odborníci zastávajú ten názor, že len prispejú k negatívnym rasovým postojom majoritnej skupiny voči minoritám a znevýhodnia zároveň ľudí, ktorí nepatria do žiadnych rasových menšín.

Podľa Guimaraesa (1999) fenomén rasizmu vzniká v modernej spoločnosti, kedy sa objaví kategória rasa a stáva sa určitou ideológiou nevyhnutnou na ospravedlnenie procesu otroctva Afričanov, kolonizácie a rozširovania kapitalizmu, ako aj procesu genocídy židov počas Druhej svetovej vojny, ktorý bol založený na myšlienke rasovej čistoty respektíve rebríček „čistých“ európskych národov voči iným národom.

Podľa Todorova (1993) rasistické ideológie produkované modernou dobou dali základ rasovej diskriminácii a napokon rasizmu. Aby sme pochopili, ako na základe myšlienky rasy vznikla rasová diskriminácia a rasizmus, môžeme zhrnúť tieto ideológie do piatich bodov:

Existencia rozličných rás: Znamená to potvrdenie, že rozdiely a spoločné fyzické vlastnosti ľudských skupín sú klasifikované do rás.

Spojitosť medzi fyzickým a morálnym: Rasy nie sú definované len fyzickými rozdielmi. Tieto totiž zodpovedajú aj morálnym, psychologickým a intelektuálnym rozdielom týchto skupín. Z toho vyplýva, že fyzické rozdiely vplývajú na duševné a mravné rozdiely, ktoré sú dedičné.

Unikátna hierarchia hodnôt: Zodpovedá stupnici jedinečných hodnôt na tvorbu univerzálnych rozhodnutí, podľa ktorých sa označuje rasa ako podradená alebo nadradená voči ostatným rasám.

Prevaha skupiny nad jednotlivcom: Morálna a psychologická stránka správania jednotlivca záleží na tom, do akej rasovej skupiny patrí.

Politika založená na vedomostiach o rasách: Táto položka je založená na štyroch predchádzajúcich, ktoré sú zostavené na popisoch o pozorovaní sveta a človeka. Navrhuje vytvoriť politiku, ktorá by mala byť zapojená do rasového myslenia, ktoré sa môže rozvinúť až na vyhladenie rás, považovaných za menejcenné respektíve podradené. Ako napríklad počas Druhej svetovej vojny, v prípade otroctva, alebo podradenosti jednej rasy nad druhou.

V tomto zmysle je rasizmus chápaný ako ideologická konštrukcia, ktorá začala už v 16. storočí a to už spomínanými objaviteľskými cestami Európanov. Tí sa po prvýkrát dostali do styku s ľudskou rozličnosťou na ostatných kontinentoch. S tým prichádza aj systematizácia hodnôt a myšlienok, založených na európskej civilizácii, z ktorých sa postupne vyvíjajú vedecké teórie ohľadom poňatia rasy. Rasizmus pretrváva až dodnes a to v dvoch formách: *individuálnej* a *inštitucionálnej*.

Individuálna forma rasizmu sú všetky činy proti jednotlivcovi alebo proti jednotlivcom na základe diskriminácie, pri ktorých môže dôjsť k extrémnym stupňom násilia (agresia, ničenie majetku až smrť). Za inštitucionálne formy násilia sú považované všetky činy na základe systematickej diskriminácie, ktoré sú podporované štátom alebo jeho nepriamymi či skrytými činmi (Borges, 2002). Formy inštitucionálneho rasizmu sa prejavujú najmä v štátnych zariadeniach, akými sú školy, úrady a celkovo na pracovnom trhu. Prečo je napríklad problém nájsť v šlabikári alebo v učebnici obrázky, ktoré by nezobrazovali len belochov? Inštitucionálny rasizmus sa takisto prejavuje v učebniciach, knihách, seriáloch, vo filmoch a to takou formou, že

zobrazuje neadekvátne etnické skupiny a pripisuje určitým rasám len určité role (napr. typický obrázok v amerických filmoch, černošky sú zobrazované ako upratovačky, pomocníčky, opatrovateľky detí). Santos (2009) tvrdí, že poňatie rasizmu sa postupne rozšírilo a pokrylo aj formy inštitucionálneho rasizmu. Rasizmus ako taký začal byť chápaný ako situácia, ktorá môže nastať nezávisle od vôle ľudí uznávajúc, že určité osvedčené spôsoby jednania vykonávané inštitúciami nemajú postoje, ale rozhodne môžu diskriminovať, vytvárať prekážky, zakazovať a poškodzovať záujmy určitej skupiny na základe jej rasy, či farby pleti. Tými najtvrdšími a nehumánnymi formami inštitucionálneho rasizmu sú systematické prenasledovanie a etnické čistky, ako napríklad genocída vykonávaná nacistami počas Druhej svetovej vojny. Vtedy ide už o drastické dopady nielen na psychiku, ale aj na samotné ľudské životy.

Inštitucionálny rasizmus má dve nezávislé dimenzie (AMMA, 2006) :

1. *dimenzia medziľudských vzťahov*: medzi manažérmi a zamestnancami, medzi zamestnancami navzájom alebo medzi zamestnancami a zákazníkmi (respektíve medzi zamestnancami - doktormi a „zákazníkmi“ - pacientmi)
2. *dimenzia politicko - programatická*, ktorá ma viacero charakteristík:
    - produkuje a šíri informácie, ktoré sa spájajú s nerovnými skúsenosťami od narodenia, počas života, choroby aj smrti
    - investuje do činností alebo iných špecifických programov, ktoré slúžia na odhalenie diskriminačných praktík
    - má schopnosť rozoznať rasizmus ako jeden z hlavných faktorov podieľajúcich sa na nerovnosti v procese rozvoja jednotlivých potenciálov
    - má možnosť vyvinúť a zaviesť proti-diskriminačné mechanizmy a stratégie na boj a prevenciu rasizmu a intolerancie, zároveň aj s tým spojené školenia odborníkov
    - má záväzok dať prednosť na vytváranie mechanizmov, noriem a stratégií, ktoré majú za účel znížiť rozdielnosti a podporovať rovnosť.

2.3. Predsudky

Slovo **predsudok** pochádza z latinského *praejudicum*, čo znamená súd na základe predchádzajúcich skúseností a rozhodnutí (Santos a kol., 2006). Keď sa hovorí o téme predsudkov, je takmer povinnosťou spomenúť autora Allporta a jeho dielo *The Nature of Prejudice* z roku 1950. Ten definuje predsudok ako „neoprávnený negatívny postoj nasmerovaný ku konkrétnej skupine a jej individuálnym členom" (Allport dle Verešová a kol., 2007, s.90). Allport hovorí aj o etnickom predsudku, ktorý chápe ako odpor založený na zlom a neflexibilnom zovšeobecňovaní, ktorý môže byť pociťovaný i vyjadrovaný (dle Santos, 2009). Autorka Hayes (1998) je zase toho názoru, že predsudky sú predurčené postoje buď pozitívneho alebo negatívneho charakteru. Jednotlivec teda posudzuje druhých podľa už vopred určenej vlastnosti, ktorú mu prisúdil. Existuje mnoho ďalších definícií. Poukázala by som najmä na definíciu z *Psychologického slovníka* podľa Hartla a Harltovej (2010, s. 464): „Predsudok – predpojatosť, názorová strnulosť; emočne nabitý, kriticky nezhodnotený úsudok a z neho plynúci postoj, názor prijatý jedincom alebo skupinou."

V súčasnosti sa aktuálne modely dívajú na predsudky z iného pohľadu. Identifikujú predsudky ako negatívne postoje voči exogénnej (vonkajšej) skupine alebo jej súčastiam. Viacerí autori, ako napríklad Allport, Zimbardo, Ebbesen chápu etnické predsudky ako „postoje etnického nepriateľstva" (dle Výrost, Slaměník, 2008, s.363), ktoré odmietajú a negatívne hodnotia jedinca alebo jedincov len na základe jeho členstva k určitej skupine. Takýto postoj sa zakladá na vnímaní len ich negatívnych vlastností a vyúsťuje respektíve môže vyústiť v diskrimináciu. Podľa Verešovej (2007) sú predsudky negatívne pocity alebo emócie nasmerované voči skupine aj jednotlivcom, členom danej skupiny. Tieto pocity a emócie sa prejavujú vtedy, keď sa osoby zaujaté predsudkami dostanú do kontaktu s ich nositeľmi, alebo členmi skupiny, ktorú nemajú radi. Nemusí to byť priamy kontakt, ale stačí keď na danú skupinu či jednotlivcov len myslia. Zároveň sú skupiny alebo členovia skupín, ktoré sú nositeľmi predsudkov, vnímaní podľa predpokladaného a očakávaného správania. To takou formou, že keď sa člen skupiny vnímanej negatívne prejaví v prospech tohto predsudku, posilňuje tým predsudky. Napríklad, keď sa osoba tmavšej farby pleti, ktorá je v brazílskej spoločnosti vnímaná negatívne, nezachová príliš pozitívne v určitej situácii, je to chápané tak, že všetci černosi to tak robia, čiže dochádza tu k zovšeobecňovaniu. Naopak, keď sa takto zachová osoba bledej farby pleti, vnímaná

v brazílskej spoločnosti pozitívne, najčastejšou poznámkou okolia bude, že výnimka potvrdzuje pravidlo.

Predsudky fungujú aj na zvyšovanie self-konceptu[2], kedy ľudia využívajú situáciu a zhodia členov inej skupiny, aby sa cítili nadradene a to hlavne vtedy, keď sa cítia v ohrození. Podľa Tajfela a Turnera (dle Verešová a kol., 2007) je dôležitá pozitívna identifikácia so skupinou a preto už len jednoduché členstvo v nej a identifikácia sa s ňou sú dostatočné na to, aby sa objavili predsudky. Podľa Průchu (2004) dochádza veľmi málo k zmenám predsudkov, za čo môže hlavne iracionalita predsudkov. Spôsobuje odolnosť voči zmenám, hlavne voči racionálnym argumentáciám, takisto ako fakt, že predsudky sú vlastne negatívne postoje, z ktorých plynie aj negatívne správanie voči objektom. Uvedení, ale aj iní autori (Hayes, 1998; Verešová, 2007; Kassin, 2007) opísali teórie príčin vzniku predsudkov.

2.3.1. Teórie vzniku predsudkov

a) Sherifova teória realistického konfliktu

Podstatou tejto teórie je súperenie skupín a tento konflikt je považovaný za hlavnú príčinu vzniku predsudku. Podľa Sherifa (dle Hayes, 1998) vznikajú predsudky vtedy, keď dve skupiny (väčšinou sa jedná o referenčnú a nereferenčnú) súťažia o dosiahnutie rovnakého cieľa. Na dokázanie vzniku predsudkov na základe súťaženia medzi dvoma skupinami, previedla učiteľka Elliot experiment na jej žiakoch. Neskôr sa stal jedným z najznámejších experimentov v sociálnej psychológii a po Elliot ho zopakovalo ešte veľa učiteľov a psychológov. Bol tiež podnetom na vznik dvoch filmov „The Eye of the Storm“ a „A Class Devided“ (Levy, 2004), ktoré sa dodnes premietajú žiakom a študentom. Podstatou experimentu bolo rozdelenie žiakov na dve skupiny na základe farby očí, na modrookých a hnedookých. V jeden deň im bolo povedané, že modrookí žiaci sú nadradení a majú viac privilégií. Na druhý deň zopakovala to isté, ale tento krát boli nadradení žiaci s hnedými očami. Sherif (dle Hayes, 1998) nazýva jav, kedy v spoločnosti jedna skupina nemá privilégia a druhá ich má, ako **situácia súťaženia** a podotýka, že tí, ktorí majú tieto privilégia sa ich snažia

[2] self-koncept alebo sebapoňatie označujú autori Výrost a Slaměník za „kognitivný obsah vedomej sebareflexie“ (2008, s.187)

obhájiť a tí, ktorí ich nemajú sa cítia frustrovaní a pociťujú závisť. Takýto stav frustrovanosti sa prejavoval aj u žiakov, ktorí boli v skupine nie privilegovaných, teda v prvý deň u hnedookých a druhý deň u modrookých detí. Títo žiaci začali dosahovať horšie výsledky, pociťovali hnev a neskôr začali vnímať samých seba negatívne. Naopak privilegovaní žiaci sa správali arogantne a zastrašovali ostatných. Po ukončení experimentu sa Jane Elliot spýtala žiakov, či sa im takéto rozdelenie páčilo, či vidia rozdiel medzi hnedookými a modrookými deťmi, či vidia rozdiel medzi belošskými a černošskými kamarátmi. Odpoveď bola jednoznačná: Nie. Správanie podradených žiakov v tomto experimente a ich nízku výkonnosť je možné porovnať s vlastnosťami utlačovaných menšinových skupín.

b) Teória obetného baránka

Táto teória v podstate nadväzuje na predošlú a to hlavne podstatnou myšlienkou frustrácie v konflikte medzi skupinami, ktorá vedie k nenávisti, dokonca až k lynčovaniu. Kassin (2007) za vznik konfliktu považuje ohrozovanie referenčnej skupiny nereferenčnou v boji o cenné obmedzené zdroje. Skupina a jedinci v rámci tejto skupiny, ktorá v boji zvíťazí, sa cítia ohrození a naopak, tí, ktorí v boji prehrajú sa cítia frustrovaní a tým dochádza ku konfliktu. Takáto frustrácia môže vyvolať až nenávisť a snahu nájsť ľahkú obeť. Príkladom z minulosti je lynčovanie černochov na juhu USA pri poklese cien bavlny. V neskorších výskumoch bolo zistené, že u ľudí pretrvávajú predsudky, aj keď sa necítia byť ohrozovaní nereferenčnou skupinou. Záleží im totiž na statuse ich referenčnej skupiny voči nereferenčnej, čo je možné vysvetliť prirodzenou ochranou voči obavám o vlastné self.

Weatherley (dle Hayes, 1998) zase študoval predsudky voči židom a dospel k záveru, že pri procese výberu obetného baránka sa existujúce predsudky ešte zvýraznia. Neplatí to na formovanie predsudkov, ak sa žiadne nevyskytli predtým. Taktiež zistil, že v sociálne deprimovaných oblastiach majú predsudky najväčšiu silu.

c) Tajfelova a Turnerova teória sociálnej identity

Uvádzaní autori sa snažili zistiť a objasniť, prečo dochádza k favorizácii referenčnej skupiny aj keď nie je prítomný realistický konflikt. Tvrdia, že len samotným členstvom v skupine a identifikáciou sa s ňou môže dôjsť k objaveniu sa predsudkov (Verešová, 2007). Podľa ich teórie sociálnej identity sa jedinci usilujú o zvyšovanie svojej sebaúcty. Tú tvoria dve zložky, a síce osobná identita a sociálne

identity, vychádzajúce z príslušnosti ku konkrétnym skupinám. Keď sa jedincovi nepodarí zlepšiť si svoju sebaúctu vlastným úspechom, snaží sa ju zlepšiť zaradením sa do úspešných skupín. Zaradením, si tak zvýhodňuje jeho vlastnú skupinu a má určité výhrady respektíve predsudky voči tej druhej, bez akéhokoľvek pádneho dôvodu. Podľa Tajfela (dle Hayes, 1998) majú formovanie predsudkov na svedomí hlavne nasledujúce tri kognitívne mechanizmy:

Kategorizácia – klasifikovanie informácií a hlavne stereotypizácia.

Asimilácia – spôsob hodnotenia podľa určitých súdov, ktoré sa ďalej použijú pri kategorizácii.

Hľadanie koherencie – pokus o vysvetlenie alebo ospravedlnenie svojich vlastných myšlienok či postojov.

Podľa Tajfela a Turnera (dle Kassin, 2007) k potrebe správať sa podľa predsudkov dochádza hlavne pri ohrozovaní sebaúcty a za upevnenie sebaúcty môže spätné uplatňovanie predsudkov v praxi. Autori vykonali aj laboratórne štúdie týkajúce sa referenčných a nereferenčných skupín, v ktorých potvrdili ich teóriu sociálnej identity. Probandi boli rozdelení do dvoch skupín na základe triviálnych rozdielov. Takéto skupiny nazývame *minimálne skupiny*. Mali za úlohu odhadnúť počet bodov svojej skupiny vzhľadom na predchádzajúcu úlohu počítania bodiek na diapozitíve. Nedochádzalo síce k žiadnym prejavom nenávisti alebo násilia, ale probandi prisudzovali väčší počet bodov svojej skupine. Tento jav sa nazýva **favorizácia referenčnej skupiny** (Kassin, 2007). Favorizáciu či preferenciu svojej referenčnej skupiny je možné sledovať aj v bežnej reči, kedy sa ľudia vždy vzťahujú k „my“ a rozdeľujú svet na „my“ a „oni“.

d) Teória kultúrneho vysvetlenia predsudkov

Autori Middleton, Rogers, Frantz, Bagley a Verma (dle Hayes, 1998) sa zastávajú toho názoru, že dôležitým faktorom pri vzniku predsudkov je kultúra, z ktorej jednotlivec pochádza. Tvrdia, že napríklad bývanie alebo prisťahovanie belochov do krajiny, v ktorej sú silné predsudky voči černochom, môže mať vplyv na vyvinutie predsudkov a diskriminácie alebo posilnenie predsudkov. Existujú aj také krajiny, ktorých kultúra nepripúšťa žiaden typ predsudkov a neschvaľuje jeho prejavovanie, čo má nasledovný vplyv na vyjadrovanie predsudkov.

e) Adornova teória autoritárskej osobnosti

Autor je toho názoru, že predsudky vznikajú len u určitého typu osobnosti a to konkrétne u autoritárskych osobnosti. Tvrdí, že k ich vzniku dochádza už v detstve a to vtedy, keď dieťa vyrastá pod tvrdou disciplínou zo strany rodičov. Vyvolávajú sa v ňom pocity agresivity, ktoré musí potláčať. Tieto pocity sa tak internalizujú a neskôr sa začnú prejavovať voči spoločensky odlišným jednotlivcom alebo minoritným etnickým skupinám (Marger, 2009). Adorno je zároveň zakladateľom osobnostného testu F-škály, ktorý slúži na meranie autoritárstva. Podľa Hayes (1998) výskumy dokázali, že ľudia, ktorí majú predsudky, dosahujú vysoké skóre v tomto teste.

2.3.2. Zmeny predsudkov

Mnoho odborníkov v multikultúrnej výchove sa už pokúšalo vypracovať rôzne programy na odstránenie predsudkov a rasizmu, ale bohužiaľ dospeli k záveru, že predsudky nie je možné úplne odstrániť (Průcha, 2004). Prišli na to, že za určitých podmienok je možné ich znížiť a túto teóriu nazvali **hypotézou kontaktu**. Prvýkrát sa o nej zmienil autor Allport v jeho diele *The Nature of Prejudice.* Podľa tejto teórie je možné znížiť predsudky medzi dvoma skupinami rasovo a etnicky odlišnými a to za určitých podmienok. Pettingrew a Tropp (dle Průcha, 2004) sú toho názoru, že medziskupinový kontakt záporne koreluje s predsudkami. Hayes (1998) zahrňuje tieto podmienky do 5 skupín:

1. *Rovnoprávne postavenie*: jednotlivci v oboch skupinách by mali mať približne rovnaký spoločenský status. Príkladom môže byť spoločnosť, v ktorej černosi boli otrokmi a belosi boli páni, takáto spoločnosť doslova káže riadiť sa predsudkami. Myslí sa tým teda spoločnosť, v ktorej aj členovia menšinových skupín môžu dosiahnuť vyšší spoločenský status a kde vládnu rovnoprávne vzťahy.
2. *Osobný kontakt*: príležitosť ku kontaktu medzi jednotlivcami oboch skupín je veľmi dôležitá a to hlavne preto, aby sa navzájom osobne spoznali a nepanovali tak medzi skupinami len povrchné vzťahy, v ktorých nemajú ani možnosť prehodnotiť a zdieľať svoje názory. Podľa Průchu (2004) dochádza osobným kontaktom medzi pracovníkmi odlišných etnických skupín k znižovaniu napätia.

3. *Spoločenská podpora medziskupinového kontaktu*: Autor sa taktiež domnieva, že kontakt medzi skupinami musí byť podporovaný úradmi či nadradenými inštitúciami. Na základe rovnoprávnej podpory je možné znížiť predsudky a to nie len v práci, ale aj v partnerstve. Na zníženie predsudkov v kontakte dvoch jedincov je dôležitá podpora zo strany rodiny a priateľov.

4. *Medziskupinová spolupráca*: kooperácia dvoch skupín, ktorá má snahu dosiahnuť spoločný cieľ taktiež znižuje silu predsudkov. Marger (2009) to vysvetľuje tak, že pri spoločnom úsilí dochádza k rozšíreniu sociálnych hraníc spoločenskej identifikácie. Vtedy nastane, že jednotlivci prestanú vnímať a rozdeľovať spoločnosť na „my" a „oni".

5. *Kontakt s nestereotypnými jedincami*: takýto kontakt vedie jedinca k prehodnoteniu a zníženiu predsudkov voči danej skupine. V rámci každej skupiny sa totiž vyskytujú jedinci odlišní od ostatných, ktorí nepotvrdzujú stereotypné názory na túto skupinu. Kontakt s takýmito jedincami je nesmierne dôležitý na uvedomenie si jednotného vnímania (Hayes, 1998).

Cook (dle Hayes, 1998) tvrdí, že splnenie týchto podmienok vedie k zmene našich predsudkov a ovplyvňuje tak aj naše postoje. Všetkých päť podmienok rozdeľuje do dvoch skupín vzhľadom na typ vplyvu na postoje. Do prvej skupiny patrí: rovnoprávne postavenie, kontakt s nestereotypnými jedincami a osobný kontakt. Tieto podmienky začleňujú nové dáta do našich pôvodných kognitívnych schém a tak ovplyvňujú kognitívnu zložku postojov. Do druhej skupiny patria: medziskupinová spolupráca a spoločenská podpora medziskupinového kontaktu. Tieto vplývajú na behaviorálnu zložku postojov tak, že zobrazujú úlohu sociálnej identifikácie a spoločenských noriem.

2.3.3. Typy predsudkov a rasizmu

Na svete existuje nespočetné množstvo predsudkov napríklad voči obéznym, homosexuálom, rasovo odlišným, voči postihnutým. Z toho sa dá vyvodiť, že je možné nájsť toľko typov predsudkov, koľko menšinových skupín z pohľadu štruktúry moci existuje. Špecifickým typom predsudku je taký, ktorý je namierený proti skupinám s

definovanými dedičnými fenotypovými a fyzickými vlastnosťami. Takýto typ predsudku Allport (dle Lima, Vala, 2004) nazýva rasový alebo etnický predsudok.

Podľa rôznych autorov ako napríklad Santos, Gouveia, Navas, Pimentael a Gusmao (Santos, 2006) ešte stále existujú a pretrvávajú diskriminačné postoje a predsudky voči černochom. V porovnaní s minulosťou ich ľudia v dnešnej dobe vyjadrujú nepriamou formou kvôli tomu, aby neboli odsudzovaní pre ich morálne konvencie. Takéto formy prejavu sú dosiahnuté alebo lepšie povedané zapríčinené normami a sociálnym tlakom. Keďže nie sú spoločensky žiaduce, čím ďalej tým menej ľudí priznáva svoje predsudky. Vzhľadom k týmto novým formám prejavu, sa vytvoril nový typ predsudkov tzv. **jemný predsudok**, ktorý bol mnohokrát diskutovaný a kritizovaný (Silva, 2003). Tento typ predsudku sa vyvíja voči vonkajším (exogénnym) skupinám a bol študovaný najmä v Európe, kde sú ako cieľová skupina kultúrne menšiny, ktoré vznikli z bývalých kolónií Európskych krajín. Inou špecifickou skupinou sú Rómovia, ktorí tvoria menšinu snáď najviac študovanú v Európe. Viacerí autori, najmä Allport (dle Lima, Vala, 2004) rozlišujú rozdiely medzi *jemným* a *zjavným predsudkom* a tvrdia, že jemný predsudok sa skladá z troch dimenzií:

Dimenzia obrany tradičných hodnôt: Tento rozmer sa týka pozorovania členov exogénnej (vonkajšej) skupiny, ktorý sa správajú nesprávne až trestne v snahe o dosiahnutie sociálnej realizácie.
Dimenzia preháňania kultúrnych rozdielov: V tomto smere sa odvolávajú na názory, že exogénna skupina je kultúrne príliš odlišná od endogénnej.
Dimenzia negácie pozitívnych emócií: Vyjadruje sa odmietnutím prejavovania sympatie a obdivu voči členom exogénnej skupiny.

Zjavný predsudok sa podľa Pettigrew a Meertens (dle Lima & Vala, 2004) delí na dve dimenzie:
Dimenzia hrozby a odmietnutia exogénnej skupiny, ktorá sa zakladá na presvedčení, že členovia exogénnej skupiny predstavujú hrozbu, najmä ekonomickú a preto by mali byť vylúčení.
Dimenzia odmietnutia intimity, ktorá je definovaná ako určité citové odmietnutie intímneho vzťahu, respektíve odmietnutie pohlavného styku a svadby.

V porovnaní s predsudkom, rasizmus je oveľa viac komplexnejší proces. Je založený na procese hierarchizácie, vylúčenia a diskriminácie voči jednotlivcovi alebo celej sociálnej triedy, ktorá je definovaná ako iná na základe nejakej vonkajšej odlišnosti, ktorá je tiež chápaná ako vnútorný kultúrny znak definujúci vzorce správania (viď definícia Lima v podkapitole 2.2).

Ešte v 19. storočí sa podľa Guillaumin (dle Carone, 2007) v Brazílií vyvíja **teoretický rasizmus**, ktorý vzišiel hlavne ako výsledok bielenia (viď podkapitola 2.5). Tento typ rasizmu sa zakladá na myšlienke, že biologické determinuje sociálne a kultúrne. Zároveň autorka pozoruje, že rasa je vysvetľovaná socio-kultúrnymi aspektmi (napr. neschopnosť pokroku černochov, ktorá je historicky určená podriadením černochov pod silnou a neprekonateľnou kultúrou belochov, čo nakoniec ovplyvní aj ich biofyziológiu). Socio-kultúrne aspekty sú vysvetľované rasou (biofyzické aspekty, ktoré majú zase vplyv na historické, sociálne a kultúrne). Takto sa vytvára nekonečný kolotoč, ktorý ovplyvnil budúce výskumy ohľadom čiernej rasy a jej zaradenie sa do klasickej modernej triednej spoločnosti.

Za prvý koncept rasizmu ako taký je podľa Searsa, Kindera a McConahaya (dle Lima, Vala, 2004) považovaný **symbolický rasizmus**, ktorý sa objavil v 70-tych rokoch 20. storočia. Symbolický rasizmus sa zakladá na pocitoch a presvedčeniach, že černosi sú v rozpore s tradičnými americkými hodnotami individualizmu a protestantskej etiky, ako je poslušnosť, pracovná morálka, disciplína a úspech (Carone, 2007). Tento typ rasizmu predstavuje určitú formu odporu, po zmene „statu quo“ rasových vzťahov v Spojených štátoch amerických po vyhlásení občianskych práv. V tomto zmysle černosi nereprezentujú priamu ekonomickú hrozbu, ale určitú symbolickú hrozbu voči hodnotám a voči dominantnej kultúre (Marger, 2009).

Ďalším konceptom je **moderný rasizmus**, ktorý tiež reflektuje, že černosi zneužívajú a zneucťujú dôležité hodnoty pre belochov (ako rovnosť alebo sloboda), ale inou formou. Vysvetľuje sa empirickou nutnosťou respektíve meraním verejných rasových postojov jednotlivcov, pričom sociálne normy bránia zjavným prejavom rasizmu. Táto teória bola vyvinutá zároveň so škálou moderného rasizmu, ktorá slúžila na meranie stupňa kognitívnych zložiek rasistických postojov (McConahay, Hough dle Lima, Vala, 2004).

Podľa vyššie uvedených autorov je moderný rasizmus charakterizovaný nasledujúcimi názormi a hodnoteniami:

- Diskriminácia je vecou minulosti, pretože v dnešnej dobe černosi už môžu súťažiť a dosiahnuť tak všetko, čo by si želali.
- V dnešnej dobe černosi stúpajú ekonomicky rýchlo v odvetviach, v ktorých nie sú vítaní.
- Prostriedky a požiadavky černochov nie sú vhodné ani primerané.
- Sociálne inštitúcie dávajú až príliš veľa pozornosti černochom a tak zarábajú viac, ako si zaslúžia.

Napokon iným typom rasizmu, ktorý je zastúpený veľmi v severno-americkej spoločnosti je **averzívny rasizmus.** Podľa Gaertnera (dle Lima, Vala, 2004) predstavuje druh postoja, ktorý verí, že belosi majú silné rovnostárske hodnoty, zastávajú teda rovnosť, ale zároveň zažívajú a majú skúsenosti s určitým druhom ambivalencie. Tá je výsledkom konfliktu medzi presvedčeniami spojenými s rovnostárskymi hodnotami a negatívnymi pocitmi, ktoré nastávajú v situáciách pri strete tvárou tvár s černochmi. Tieto pocity, ktoré nastávajú pri strete s černochmi charakterizované ambivalenciou, nie sú pocity nepriateľstva a nenávisti, ale nepríjemnosti, nevoľnosti, úzkosti, nervozity a v niektorých prípadoch majú až strach z osôb tmavej farby pleti (Marger, 2009). Preto tieto pocity ani neprovokujú agresívne alebo násilné správanie, ale motivujú k vyhýbaniu sa blízkeho kontaktu s černochmi. Z toho vyplýva, že averzívni rasisti chcú rovnaké štandardy pre černochov, ale zároveň ich diskriminujú vtedy, keď norma o rovnosti nie je výslovne v situácii, alebo v kontexte, ktorý takto ospravedlňuje respektíve potvrdzuje diskrimináciu.

Uvedení autori zrealizovali štúdiu ohľadom averzívneho rasizmu, kde pozorovali jednotlivcov bielej rasy a ich správanie sa v rôznych diskriminačných situáciách. Vo všeobecnosti, belosi zachraňovali viac černošské obete (až 95%) v porovnaní s belošskými (83%). V druhom prípade, kedy mali účastníci možnosť ospravedlniť svoj rasizmus, teda keď bolo účastníkom povedané, že ostatní ľudia, ktorí sa tiež prizerali na situáciu mohli zachrániť obeť, černošská obeť bola zachraňovaná menej (35%) ako belošská (75%).

Ďalší typ rasizmu je **ambivalentný rasizmus**. Hlavnou hypotézou tohto typu rasizmu je, že čím sa kladie väčší dôraz na dôležitosť hodnôt individualizmu, tým väčší je výskyt negatívnych pocitov a aj väčšia diskriminácia voči černochom. Pri tomto type rasizmu u jednotlivcov dochádza ku protirečivým postojom a pocitom, ktoré

vychádzajú z faktu, že v americkej spoločnosti je na jednej strane oceňovaná demokracia a rovnosť, ale na druhej strane dôležitosť individualizmu, ktorého znakmi sú sebavedomie, sloboda, oddanosť k práci a sebarealizácia (Marger, 2009). Z tohto teda vzniká v jednotlivcovi citový a postojový konflikt, ktorý vyústi v ambivalenciu. Zároveň sa dá z toho vyvodiť hlavná idea tohto typu rasizmu a síce:

- Čím je väčšia dôležitosť hodnôt individualizmu, tým sa prejavujú viac negatívne pocity a tým je väčšia diskriminácia voči černochom.
- Čím je väčšia dôležitosť hodnôt rovnosti, tým sa viac prejavujú pozitívne pocity a teda diskriminácia voči černochom je menšia.

Ambivalentný rasizmus má spoločné s averzívnym rasizmom to, že v obidvoch prípadoch sa jednotlivci (belosi) snažia udržať si pozitívny sebaobraz a verejný obraz osoby bez predsudkov a zastávajúcu rovnosť. V obidvoch typoch je pojem o konflikte alebo ambivalencii umiestený na intrapsychickej úrovni a riešenie tohto konfliktu teda nie je vedomé (Walker dle Lima, Vala, 2004). Napriek tomu, že existuje oceňovanie demokracie a rovnosti, individualizmus je vďaka vlastnostiam, ktoré sa mu pripisujú (sebavedomie, realizácia) oveľa vyššie hodnotený.

Mojim výskumom sú rasové vzťahy v Brazílii, ktorá nie je charakterizovaná ako bi - rasová ale ako multi - rasová spoločnosť. Je to spoločnosť, kde neexistujú dva typy farieb (biely verzus čierny), ale kde sa nachádza široké spektrum farieb a to vďaka pôvodným obyvateľom indiánom, bývalej kolonizácii zo strany Európanov, vďaka otroctvu, kedy boli do Brazílie privezení Afričania a neskôr imigráciou Japoncov a ostatných Ázijcov. Na základe toho, sa v takejto spoločnosti vyvinul iný, špecifický typ rasizmu a síce **priateľský rasizmus**. Je to jav, s ktorým sa dennodenne stretávajú obyvatelia Brazílie inej ako bielej farby pleti, keď ich ostatní nazývajú ako „moreno“ (tmavý) či „negrinho“ (černošča). Schwarcz (1996) v svojom diele *Rasové teórie, historická konštrukcia z konca 20. stor. Brazílsky kontext*[3] opisuje, že takúto formu rasizmu ma v Brazílii na svedomí okrem každodenného inter - rasového kontaktu, hlavne história a s ňou spojený mýt o rasovej demokracii a takisto ideológia bielenia (viď podkapitola 2.5). Definuje tento typ rasizmu ako určitú formu diskriminácie voči nie - bielym, ktorá je charakteristická povrchnou zdvorilosťou a ukrýva diskriminačné postoje a správanie. Tie sú vyjadrované v medziľudských vzťahoch prostredníctvom vtipkovania, výrokov a rasovo orientovaných vtipov. Je to celkom nový druhý rasizmu,

[3] Volne preložené z originálu „As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XX. O contexto brasileiro“

ktorého historické a psycho-sociálne mechanizmy sa naďalej skúmajú. Guimaraes (1999) ho chápe ako neúmyselnú formu rasizmu, ktorý sa objavuje v žartoch, ale zároveň tvrdí, že vždy nesie následky na právach a životných príležitostiach tých, voči ktorým je zameraný. Bez ohľadu na zrejmú neviditeľnosť alebo nedostatok zámeru a na jeho jemnú formu, vyjadrovanú vtipkovaním, stále sa jedná o diskriminačné praktiky. Brazílsky rasizmus v sebe v skutočnosti nenesie nič priateľské, ale naopak, predurčuje k diskriminácii a vylúčení ľudí inej tmavšej farby pleti.

V Brazílii sa rasy miešajú takou formou, že by bolo naivné hovoriť o „čistej rase“. Autori Pena a Bortolini (dle Scandiucci, 2006) zrealizovali výskum založený na genetických kritériách. Tento výskum ukázal, že ak by všetci ľudia s 10% a viac africkým pôvodom boli považovaní za černochov (resp. potomkov černochov), 87% brazílskej populácie by spadalo do tejto kategórie, čo je približne 150 miliónov obyvateľov. V spoločnosti, kde prevláda priateľský a inštitucionálny rasizmus, je to naozaj závratné číslo. Týmto sa Brazília výrazne líši od ostatných bi - rasových alebo multi - rasových krajín, najmä od Spojených štátov. Zatiaľ čo tam je populácia striktne kategorizovaná medzi belochov a černochov podľa pravidla dedičnosti (ak sa v ôsmich generáciách dozadu v rodine vyskytol černoch, potomkovia sú v rasovej kategorizácii považovaní za černochov), v Brazílii sa jednotlivec potomok černochov (čo i len prvej generácie) môže považovať za černocha, mulata, tmavšieho a dokonca aj belocha (Filho, 2005). V Brazílii je teda rasizmus definovaný vyložene odtieňom farby pleti. Preto by som v ďalšej podkapitole rada rozvinula pojem „rasy“ v súčasnej dobe v Brazílii a procesy „whitenning“ a „whiteness“, ktoré k tomu viedli.

2.4. Stereotypy a postoje

Mnoho ľudí spája pojem predsudok so stereotypom a navzájom si tieto dva pojmy mýli. Existujú dokonca aj odborníci v sociálnej psychológii, ktorí nerobia rozdiel medzi týmito dvoma výrazmi, napríklad Tajfel (dle Průcha, 2004). Väčšina odborníkov považuje za hlavný rozdiel fakt, že stereotypy môžu byť aj neutrálne alebo pozitívne, zatiaľ čo predsudky sú len vyjadrovaním negatívneho vzťahu. Průcha (2004) tvrdí, že faktom je, že predsudky a stereotypy majú predsa len niečo spoločné, oboje sú

totiž určité názory, predstavy alebo postoje, ktoré majú jednotlivci voči iným skupinám, členom skupín alebo voči sebe samým. Oboje obsahujú zovšeobecňujúce hodnotenia vzťahujúce sa obvykle na celú populáciu alebo sociálnu skupinu a tieto hodnotenia sú veľmi stabilné. Berry (dle Průcha, 2004, s.69) prisudzuje predsudkom tri komponenty:

- kognitívny – stereotypy, čiže „zdieľané názory o charakteristikách skupín“
- afektívny – tvoria ho „postoje, v ktorých sa odráža hodnotenie skupín“
- behaviorálny – „diskriminácia v jednaní so skupinami“

Stereotyp je podľa Verešovej (2007) prívlastok, ktorý sa používa na označenie skupiny ľudí, za predpokladu, že sa vzťahuje na každého člena tejto skupiny. Podľa Kassina (2007) sú to presvedčenia, ktoré pripisujú konkrétnej skupine jedincov určité vlastnosti. Ľudia sa radi držia stereotypov, lebo si tým uľahčujú svoje kognitívne úsilie a dávajú im tak pocit, že sa vedia orientovať vo svete a sú schopní rozlišovať medzi rozličnými skupinami ľudí. Zároveň im to dáva pocit patričnosti ku svojej skupine. Príkladom zjednodušenej a výstižnej definície je definícia od Hartla a Hartlovej (2010, s.564): „súhrn úsudkov o osobnostných rysoch alebo telesných charakteristikách celej skupiny ľudí“. Podľa autorov zároveň používanie stereotypov slúži na rýchle spracovanie a uloženie informácií, aj za cenu toho, že budú skreslené. Kassin (2007) tvrdí, že stereotypy sa preberajú a udržujú tradíciami a nie sú teda produktom priamej skúsenosti indivídua.

Pri tvorení stereotypov sú informácie s nimi relevantné rýchlejšie a ľahšie spracovávané, než informácie s nimi nesúvisiace. Takisto podľa Barona, Byrneho a Branscomba (dle Verešová a kol., 2007) môžu byť informácie, ktoré sú inkonzistentné so stereotypmi, ale aj napriek tomu sa im podarí vniknúť do vedomia, zmenené alebo vyvrátené nepatrným spôsobom, pričom sa potom zdajú byť konzistentnými so stereotypmi. Podľa týchto autorov teda stereotypy fungujú ako kognitívne rámce, ktoré sa vyvíjajú počas zážitku ovplyvňujúceho spracovanie novej sociálnej informácie. Kassin (2007) tvrdí, že z kognitívneho hľadiska sa stereotypy zakladajú na dvoch procesoch:

Sociálnej kategorizácii, ktorú chápe ako prirodzenú vlastnosť ľudí zaraďovať sa do skupín na základe veku, pohlavia, národnosti, etnickej príslušnosti, náboženstva a iných vlastností. Toto triedenie vedie k tomu, že sú rozdiely medzi skupinami vnímané väčšie ako rozdiely v rámci skupiny.

Rozdeľovanie sveta na „my“ a „oni“ respektíve delenie na referenčné (ingroup) a nereferenčné skupiny (outgroup), čo je proces, ktorý nasleduje po sociálnej kategorizácii. Totiž okrem toho, že každý jednotlivec, ktorý prispieva k určitej sociálnej kategorizácii, je sám členom skupiny, s ktorou sa identifikuje, táto skupina je jeho referenčnou skupinou.

Typickým javom je označovanie iných, v tomto prípade hovoríme o nereferenčnej skupine respektíve „oni“, za úplne rovnakých. Takýto jav označuje Linville a Jones za **predsudky voči členom nereferenčnej skupiny** (dle Kassin, 2007). Typickým príkladom tohto javu je označovanie všetkých prisťahovalcov, príslušníkov rôznych zemí ako je Kórea, Čína, Vietnam, Japonsko, za aziatov a ich zaradenie do jednej skupiny, pričom oni sami sa považujú za individuálne veľmi rozličných a s inými kultúrnymi tradíciami. Stereotypy sú teda akýmsi nástrojom na uľahčenie odhadovania vlastností skupín a na následné zaraďovanie druhých ľudí do skupín. Nadmerná generalizácia nie je dobrá a veľa krát vedie k mylným záverom. Novodobé výskumy zistili, že sa dá bojovať proti bezhlavej stereotypizácii a to hlavne dostatočnou informovanosťou, sústredenosťou a motiváciou.

Postoj je podľa výskumníkov z AMMA (2006) kognitívno-afektívny fenomén, je to dispozícia k jednaniu, určitá sociálne formovaná náchylnosť jedinca, ktorú tvoria názory a pocity. Názory vytvárajú vzťah k určitému objektu a tvoria tak sociálnu stránku a pocity sa podieľajú na psychologickom prežívaní. Ako prví, ale pojem „postoj“ uviedli v sociálnej psychológii Thomas a Znaniecki v svojom diele „Poľský roľník v Európe a Amerike“ z roku 1918. Charakterizujú postoje ako individuálne mentálne procesy, determinujúce odpovede jedinca v sociálnej realite, ktorá ho obklopuje. Stav mysle jedinca je orientovaný v smere hodnoty (Výrost, Slaměník, 2008). Vyjadrovanie postojov záleží na stupni vedomia človeka o vlastných postojoch. Môže tak dôjsť k automatickému, bezmyšlienkovitému a neuvedomovanému vyjadrovaniu postojov ako aj k viac vedomým, odvodených od skúsenosti s ostatnými, toto sú názory a pocity pripravované jedinečným spôsobom (AMMA, 2006). Podľa Výrosta a Slaměníka (2008) postoje nie sú neutrálne, ba naopak vyjadrujú náš vzťah k sociálnym objektom v našom prostredí, a preto ich môžeme považovať za relatívne stabilnú charakteristiku. Takisto spĺňajú určité funkcie v živote človeka, z ktorých by som upozornila hlavne na funkciu sociálnej adjustácie, čo znamená, že nám sprostredkovávajú vzťahy k iným ľudom. Autori Hartl a Hartlová (2010) sa

domnievajú, že postoje sú sklony reagovať na predmety, osoby, situácie alebo na samých seba ustáleným spôsobom. Podľa Verešovej (2007) postoje vyjadrujú pripravenosť jednotlivca reagovať určitým spôsobom v rozličných situáciách, motivujú jednotlivca a usmerňujú jeho správanie a konanie. Sú teda určitou predispozíciou nášho správania, ovplyvneného skúsenosťami zo sociálneho a kultúrneho prostredia, v ktorom sa jedinec vyvíjal. Podľa autorov Výrost a Slaměník (2008) sú postoje tvorené tromi zložkami: kognitívnou (poznávacou), emocionálnou (citovou, afektívnou) a konatívnou (behaviorálnou) zložkou.

2.5. Bielenie (whitening), belosť (whiteness) a ich vplyv na pojímanie pojmu „rasa“ v prítomnosti

Pre pochopenie týchto pojmov, je nutné načrtnúť prierez minulosťou nielen v Brazílii, ale aj v Spojených Štátoch, ktoré dali podklad na vznik teórií belosti. Najväčším vplyvom bielenia populácie v Brazílii a následne vznik poňatia bielosti a rasizmu malo samotné objavenie kontinentu Južnej Ameriky, čiže táto tematika siaha až do 15-teho storočia, kedy v Brazílii začala kolonizácia Portugalcami a ostatnými Európanmi. Využívali, dobývali a rozširovali územie a podmaňovali si pôvodné indiánske kmene. Neskôr, medzi 16. až 19. storočím, nastal prílev otrokov z Afriky, ktorí nemali žiadne práva, slúžili v domoch na vidiekoch aj v mestách. Týmto sa začal nekonečný boj indiánov a černochov proti tyranii, ktorý „vyhrali“ až v roku 1888 zrušením otroctva (AMMA, 2008). Zároveň to bol dátum, v ktorom sa začalo sociálne znevýhodňovanie černošskej populácie.

2.5.1. Bielenie (Whitening)

Prvým brazílskym autorom v začiatkoch 20-teho storočia, ktorý rozoberal rasové vzťahy a bielenie, bola psychiatrička a antropologička Rodrigues, ovplyvnená Talianskou kriminálnou školou a Francúzskou školou súdneho lekárstva. Táto autorka bola presvedčená, že krížením ľudského druhu, sa

nedosiahne fyzická hybridnosť, ale dospeje to k sociálnej, morálnej a intelektuálnej hybridnosti miešaných jedincov. Podľa tejto teórie aj navrhuje zmeny v trestnom zákonníku a síce posudzovať rozdielne kriminálnu zodpovednosť u miešancov (Domingues, 2004).

Druhým významným a vplyvným autorom tohto obdobia je Freyre, ktorý tvrdil, že miešanie medzi belochmi a černochmi dáva základ brazílskej „rasovej demokracii“, pomôže kolonistom (Portugalcom) zbaviť sa predsudkov a zároveň prispeje k brazílskej národnej identite, ako národu miešancov. Carone (2007) upozorňuje na to, že miešanie nebolo prirodzeným procesom, ale bol to násilný proces vykorisťovania otrokov. Podľa neho bol proces bielenia spôsobený dvoma hlavnými činiteľmi a to:

- Intenzívnym miešaním rás a to najmä belochov a černochov a následné zvyšovanie sa počtu miešancov v brazílskej populácii.
- Kultúrnym nátlakom belochov nad černochmi, aby sa zaradili do novej spoločnosti a nechali tak svoje zvyklosti a tradície a zbavili sa svojej identity, zamietnutím seba samého mysľou aj telom a integrovaním sa do nového sociálneho rebríčka.

Túto teóriu potvrdzuje aj fakt, že tendencia Portugalcov miešať sa s pôvodným obyvateľstvom a s africkými černošskými otrokmi, ktorú obhajoval Freyre, sa neaplikovala aj na ďalšie portugalské kolónie v Indii a Afrike (Tadei, 2002).

Hlavný vplyv na vtedajšiu elitu po zrušení otroctva mal polygenistický rasizmus Gobineaua. Bol toho názoru, že medzirasové kríženie vedie k strate čistoty krvi bielej rasy a k množeniu neschopných a neplodných jedincov bez rasy, ktorí by tak zabránili civilizačnému pokroku populácie. Naproti tomu sa postavili Brazílsky pozitivisti, ktorí nezastávali názory polygenizmu, ale naopak tvrdili, že viac vyvinuté rasy by mali civilizovať rasy na nižšom stupni vývoja a tak boli veľkí optimisti v názore miešania rás (Carone, 2007). Ďalšou vlnou autorov zastávajúcich bielenie populácie, boli liberalisti, ktorí boli zároveň podporovateľmi myšlienky priemyselnej modernizácie a s tým spojenou imigráciou Európanov ako pracovnej sily. V tomto momente nastala otázka, čo robiť s pôvodnými otrokmi a ako ich zaradiť do každodenného života modernej kapitalistickej doby...? Podľa Caroneho (2007) bolo

teda bielenie určitým špecifickým sociálnym darwinizmom, ktorý vsadil na prirodzený výber v prospech etnickej čistky.

Iným vplyvným vedcom a medikom vtedajšieho obdobia bol Lacerda, ktorý bol jedným z pozitivistov a taktiež sa prikláňal k názoru, že bielením rás bude brazílska populácia civilizovanejšia a najviac prispôsobená podmienkam v Brazílii. Podľa neho, miešanie rás prirodzene vyprodukuje belšiu populáciu a to vďaka dvom faktorom:

1. Belosi boli vždy biologicky nadriadený nad černochmi
2. Ľudia mali vždy tendenciu hľadať si bielych partnerov

Lacerda (dle Domingues, 2004) sa domnieval, že manželstvá zmiešaných partnerov budú viesť k zmiešanej populácii, vždy pripravenej stať sa belšou a to fyzicky aj kultúrne. Autor bol zároveň jediným delegátom z Latinskej Ameriky, ktorý sa v roku 1911 zúčastnil prvého Medzinárodného kongresu rás v Londýne, kde vyhlásil:

„ Pravdepodobne za menej ako sto rokov bude populácia v Brazílii zastúpená prevažne belochmi a hispáncami, zatiaľ čo do tej istej doby černosi a indiáni určite vymiznú z tejto časti Ameriky“ (Domingues, 2004, s.255).

Na konci 19-teho a začiatku 20-teho storočia však bielenie utrpelo výraznú zmenu jeho funkcie a to hlavne v jeho sociálnej reprezentácii. Zatiaľ čo dovtedy bolo chápané ako určitá rasová ideológia brazílskej elity, ktorá zodpovedá úzkostiam a strachu tejto triedy a slúžila celkovo jej záujmom, neskôr ho spoločnosť rozumela ako problém černochov a ich túžbu po bielení (Carone, 2007). Bielenie bolo podľa Ianniho (dle Domingues, 2004) akousi univerzálnou snahou stať sa belšími. Bol toho názoru, že manželstvo medzi belším jednotlivcom, uspokojí toho tmavšieho. Otázkou však bolo čo k tomu viedlo? Bento (dle Carone, 2007) vo svojej dizertačnej práci tvrdila, že kategória *černoch* bola skonštruovaná na základe pohľadu zo strany belochov.

V poslednom desaťročí boli tieto otázky diskutované rozličnými autormi. Podľa Bento (dle Chaves, 2003) bielenie postavilo belocha na prospešné postavenie v spoločnosti. Beloch sa stal hlavným objektom a zástupcom ľudstva v spoločnosti a univerzálnym modelom ľudského druhu. Autor taktiež tvrdí, že proces bielenia (tzv. branqueamento) bol vytvorený elitnou triedou brazílskych belochov, ktorá udávala krok v spoločnosti. Zároveň to bola práve táto trieda, ktorá zdôrazňovala bielenie ako vyložene problém černochov. Dala si záležať na konštruovaní extrémne negatívnej

mienky ohľadom černošskej populácie, ktorá tak mala za následky poškodzovanie ich rasovej identity, narušovanie ich sebavedomia a zároveň boli černosi obviňovaní z diskriminácie, ktorou sami trpia. Takáto negatívna mienka potvrdzuje rasové rozdiely. V posledných rokoch sa v debatách, ani vo výskumoch neobjavila rola belocha v rasových nerovnostiach, čím sa len podporuje mlčanie a neriešenie postavenia belochov v spoločnosti. Podľa americkej psychologičky Tatum (in Carone, 2007) sa belosi vyslovene odmietajú vyjadriť, že sú zástancami rasizmu, naopak ho vnímajú len ako niečo, čo privádza druhé osoby do znevýhodnenia. Belosi nikdy neuvažujú nad ich vlastnými privilégiami, až dovtedy, kým sa nedostanú do situácie, kde budú oni sami menšinovou skupinou.

2.5.2. Belosť (Whiteness)

Od 90-tych rokov minulého storočia sa teda začalo uvažovať o rasizme a rase z iného pohľadu. Zameranie týchto štúdií sa zmenilo hlavne v tom zmysle, že sa do popredia dostala rasová identita belochov, ktorá dovtedy nebola nikým skúmaná a bola považovaná za niečo neviditeľné. Toto hnutie prišlo hlavne zo Spojených štátov amerických, kedy sa výskumníci aj bežní ľudia začali zaujímať o štúdium tých, ktorí nastolili pojem „rasa“ a tých, ktorí boli doteraz len skúmajúcimi a nie skúmanými a síce belochmi. Tieto nové štúdia ohľadom belosti mali názov „Critical Whiteness Studies“ a ich podnetom bola hlavne predchádzajúca tvorba autora Du Bois (1989), ktorý bol prvým černochom, ktorý vyštudoval Harvard. Jeho dielo *Duše černochov*[4] je vôbec prvou zmienkou o belochoch z pohľadu amerického černošského spisovateľa. Bolo to práve vtedy, kedy nastal veľký obrat, pretože v tomto diele černoch nebol viac objektom rasových štúdií, ale naopak, stal sa ním beloch. Autor chcel hlavne priniesť určitý obrat v mysli americkej populácie na začiatku 20-teho storočia a to hlavne v tom zmysle, že sa odvrátil od čisto biologických aspektov, ale začal sa zaoberať kultúrnymi aspektmi ľudských rás a teda tak čiernej rasy ako aj bielej. Po prvýkrát vniesol možnosť rozmýšľať o belochoch ako o časti rasových vzťahov, v ktorých nerovnosť práv a príležitostí černošskej populácie priamo súvisia s výhodami rasovej identity belochov. Du Bois (1989) veril, že boj černochov proti diskriminácii a proti rasizmu je

[4] Voľne preložené z originálu „The Souls of Black Folk“

jediná možnosť, akou sa môžu realizovať, vyjadriť a rozvíjať svoju identitu a svoje bytie na svete.

Štúdie belosti sa čoskoro presunuli aj na južný kontinent. V Brazílii bola významnou autorkou Bento (in Carone, 2007), ktorá chápe belosť ako črty rasovej identity brazílskych belochov, na základe myšlienky bielenia. Autorka tvrdí, že v Brazílii je otázka bielenia od počiatku vnímaná ako problém černochov, ktorí nechcú prijať svoju identitu, cítia sa nespokojne a nepohodlne a preto sa chcú zmiešať s belochmi, čo ich postupne dovedie k tomu, aby sa mohli identifikovať ako belosi. Tento fakt úzko súvisí s belosťou, ktorej hlavnými aspektmi sa tak stáva strach. Ten podporuje projekciu belochov ohľadom černochov a určité narcistické dohody medzi belochmi. Najväčšou dilemou autorky vzhľadom na rasové vzťahy a boj proti diskriminácií bolo vynechanie belochov a mlčanie ohľadom roly belocha v spoločnosti. Podľa nej, jeden z prvých príznakov belosti je fakt, že belosi rozoznajú rasovú nerovnosť, akurát ju nepovažujú za diskrimináciu. Fakt, že existuje nerovnosť, nemá nič spoločné s belochmi a ich sa to netýka. Takýto prístup má snahu vyhnúť sa otázke rozličných privilégií černošskej a belošskej rasy v spoločnosti. Autorka udáva príklad, že hoci aj v chudobnej vrstve má beloch viac práv a možností a belosť je privilégiom samým o sebe. Je to spôsobené tým, že v Brazílii má chudoba farbu (Bento in Carone, 2007). Bento sa snažila naznačiť, že v Brazílskej spoločnosti existuje nepriama úmernosť medzi farbou pleti a sociálnou spoločenskou triedou.

Ďalším autorom, ktorý sa zaoberá belosťou a rasovou identitou belochov a to hlavne v kolonizovaných spoločnostiach, je Fanon (1986). V jeho diele *Čierna pleť, biele masky*[5] rozoberá najmä témy spojené s otázkou rasy a rasových vzťahov medzi kolonizátormi, kolonizovanými a koloniálny útlak. Zaujíma ho hlavne otázka konštruovania identity belochov a černochov v týchto podmienkach. Dôsledkom rasizmu a ideológie bielenia je podľa neho odmietanie a neakceptovanie svojho vlastného seba-obrazu zo strany černochov. Biele masky sú tak jedinci černošskej populácie, ktorých snahou je sa priblížiť ideálu belosti, odmietajú seba samých a snažia sa zbaviť typických charakteristík negatívne spájaných s inými ako belochmi v západnej spoločnosti. Zhrnutím jeho myšlienok by bolo, že pokiaľ ide o fungovanie kategórie rasy, pocit nadradenosti je vždy spájaný s belochmi voči nie-belochom.

[5] Voľne preložené z originálu „Black Skin, White Masks“

Prvým autorom, ktorý predstavil ideológiu bielenia pre belošskú brazílsku elitu bol Ramos (dle Sovik, 2004). V jeho diele *Sociálna patológia brazílskeho belocha*[6] opisuje ideál brazílskej krásy, ktorý podľa neho v brazílskej spoločnosti pripisujú belosti. Kladie sa jej výrazne pozitívny význam. Naproti tomu sú negatívne estetické a kultúrne významy pripisované černochom. Autor vysvetľuje, že hlavnou príčinou tejto patológie je fakt, že aj keď predkovia drvivej väčšiny Brazílčanov sú biologicky zmiešaní s černochmi, odmietajú si to priznať a v bežnom živote sa za to hanbia. Popritom považujú európsku bielu rasu za príkladnú a pochvaľujú si ju, aj keď v skutočnosti nie sú jej časťou. A preto sa v názve jeho článku objavuje slovo „biely" v úvodzovkách. Ramos totiž verí v to, že len veľmi ťažko nájdeme pravého belocha v Brazílii. Zároveň sa obracia na černochov a tvrdí, že existuje téma a život černochov. Tému tvoria obavy belochov, otázky, pohľady, zvedavosť a niečo, čo vyjadruje nebezpečenstvo a priťahuje pozornosť. Život černochov tvorí niečo, čo sa nenechá len tak zastaviť, zhon, ustavičný boj o postavenie v spoločnosti. Autor je presvedčený, že je nemožné študovať rasové vzťahy bez toho, aby sa do nich zahrnuli belosi a otázka ich minulosti, kultúry, postavenia v spoločnosti a je teda potrebné postaviť belosť a belochov ako objekt týchto štúdií.

Jedna z najvýznamnejších belošských autoriek, ktorá sa zaoberala belosťou, je Piza (dle Bento, 2007). Takisto je presvedčená o mlčaní ohľadom otázky belochov a vníma belosť ako niečo nad čím sa belosi nikdy nemusia zamýšľať, pretože pre nich je to „normálne". Autorka bola presvedčená o určitých typických vlastnostiach belosti a zhrnula ich do nasledujúcich bodov:

- rasa je vnímaná ako hierarchia a nie len ako určitá rozdielnosť
- rasa nie je rozoberaným predmetom a ohľadom tohto predmetu sa mlčí
- niečo, čoho sú si vedomí akurát černosi
- skúsenosť spolužitia medzi belochmi a černochmi je veľká, ale napriek tomu je ich integrácia opisovaná ako len čiastočná
- nezáleží na tom v akej sociálnej vrstve, ale vždy existuje kontext nadradenosti belochov
- medzi černochmi a belochmi existujú vždy rozporuplné a komplikované hranice

[6] Voľne preložené z originálu „A patologia social do branco brasileiro"

- schopnosť učiť sa jeden od druhého navzájom, ako s niekým rovným alebo odlišným, je jednotvárna
- v prípade, že sa černoch ocitne v bežnom živote v situácii v ktorej je rovný belochom, je to chápané ako snaha o upozornenie na seba respektíve exhibicionizmus
- diskriminácia je nepovšimnutá tematika a belosi sa cítia nepríjemne, keď sa musia vyjadriť k rasovej problematike.

Piza (in Bento, 2007) napísala ohľadom belosti článok *Sklenené dvere: vstup do belosti*[7]. V tomto článku sa zaoberá hlavne rozdielnym vnímaním belochov a černochov v spoločnosti. Zatiaľ čo určitý beloch predstavuje v spoločnosti akurát seba samého, jednotlivca ako seba samého, pri ktorom neplatí otázka ani rasy ani farby pleti, černoch v spoločnosti naopak predstavuje celé rasové spoločenstvo, je priamym zobrazením rasy a farby pleti. Autorka opisuje hlavne jedincov belochov a ich vnímanie seba samého, je toho názoru, že beloch vníma svoje „ja“ ako niečo normálne, bezfarebné, dokonca transparentné. Prirovnáva to k oknám a k skleneným dverám, ktoré sú také tenké a nenápadné, že je niekedy problém ich vidieť. Sklenené dvere teda podľa nej predstavujú zobrazenie svojho „ja“ u belochov a to v tom zmysle, že tak ako neviditeľné dvere, ktoré očividne neexistujú a pri náraze do nich dochádza najskôr k šoku a následne bolesti, takisto funguje belosť. A to v tom zmysle, že všetko sa očividne zdá byť dostupným, ale v skutočnosti existuje neviditeľná hranica medzi tým, čo všetko vedia belosi o ostatných a takmer ničím, čo vedia o sebe samých. V tomto zmysle sa autorka zamýšľa hlavne nad otázkou viditeľnosti respektíve neviditeľnosti belosti. Piza spolu s Frankenberg (Piza, 2007) tvrdia, že ak je niečo typicky charakteristickým ohľadom belosti a rasovej identity belochov, tak to je určite transparentnosť resp. neviditeľnosť, ktorá sa každodenne posilňuje prostredníctvom toho, že beloch sa ako jednotlivec nevníma ako niekto, koho by sa týkala rasová otázka. Autorky to vysvetľujú tak, že belosť je niečo, čo je samotnými belochmi vnímané ako normálne a prirodzené a teda má rasovú neutralitu, popri čom farba pleti a ostatné fenotypové črty sú na druhých intenzívne viditeľné a spájajú sa so sociálnymi a morálnymi stereotypmi. Zatiaľ čo následky tejto zreteľnej viditeľnosti černochov sú veľmi dobre preskúmané a všeobecne známe, následky belošskej neutrálnosti sú

[7] Voľne preložené z originálu „Porta de vidro: entrada para a branquitude“

chápané ako prirodzené, vzhľadom na to, že beloch predstavuje univerzálny model podmienok ľudského výzoru (Piza, 2007). Autorka Frankenberg (2004) sa zastáva aj toho názoru, že takáto transparentnosť sa odohráva práve vtedy, keď v spoločnosti dochádza k silnej myšlienke o nadradenosti bielej rasy. Nie-belosi nemajú možnosť poukázať na rasovú identitu belochov. Belosi zase v takejto spoločnosti nedokážu vnímať svoju rasu ako jednu z viacerých rasových identít, ale ako jedinú normálnu rasovú identitu, ktorú by mali ostatný postupne dobehnúť v rámci intelektuálnej, morálnej, ekonomickej a estetickej úrovne. Autorka tak definuje belosť na základe nasledujúcich troch aspektov (dle Piza, 2007):

- určité miesto alebo pozícia z akej belosi pozorujú ostatných v spoločnosti
- často nikde neuvedená a neoznačená skupina kultúrnych zvyklostí
- situácia výhod rasových privilégií

Piza (2007) k tomu dodáva, že okrem priehľadnosti, dôležitým faktorom belosti je aj neutrálnosť. A to v tom zmysle, že mlčanie ohľadom vlastnej rasy zhoršuje vnímanie rasy druhých a neutralita, teda vytvorí z rasy úplne postrádateľný pojem. Stane sa v skutočnosti „sklenými dverami“ tak ako som už vyššie uviedla. Neutralita postupne vytvára transparentnosť sveta, teda prostredia v spoločnosti, ktorá je vnímaná ako jediná možná, unikátna a nemenná. Jediní, čo by sa mali zmeniť, prispôsobiť a adaptovať, sú všetci ostatní.

Na transparentnosť rasovej identity belochov existuje aj iný pohľad, ktorý prináša autorka McIntoshi (dle Bento, 2007). Podľa nej existujú situácie v každodennom živote, v ktorých sa stretávame s intenzívnou viditeľnosťou rasovej skupiny druhých a neutrálnosťou rasovej identity belochov. Ako zdôraznenie tejto situácie uvádza príklad so stereotypmi týkajúcich sa aziatov, černochov a netýkajúcich sa belochov. Keď sa určitý jednotlivec ázijského pôvodu ocitne v chybnej situácii napríklad zlého vyriešenia úlohy, výsledkom bude pozitívny predsudok okolia respektíve nepochopenie prečo zlyhal, keď predsa všetci aziati sú inteligentní. U černochov dochádza naopak k negatívnemu predsudku a síce, keď sa jedinec černošského alebo v prípade Brazílie zmiešaného pôvodu dostane do chybnej situácie napríklad zlého zaparkovania auta, bude to vnímané ako niečo samozrejmé, respektíve to vybudí u ostatných negatívne predsudky typu „tak to mohol byť jedine černoch“. K odlišnej situácii dochádza, keď sa do situácie zlyhania dostane beloch. Vo väčšine

prípadov môže dôjsť k ľutovaniu a zhodeniu viny na nešťastie alebo vyčerpanie, v najhoršom prípade môže dostať nemilé až vulgárne pomenovanie na svoju adresu. V tomto prípade sa zohľadňuje čisto jeho individualita a jeho správanie sa nevzťahuje na jeho skupinu, rasovú skupinu belochov. McIntoshi (dle Bento, 2007) vysvetľuje, že pohľad na belochov nie je rasovo ovplyvnený, ale je založený čisto na jeho individualizme, zatiaľ čo pohľad na aziatov a černochov je prísne posudzovaný z rasového hľadiska a teda jeden černoch tak reprezentuje všetkých černochov.

V dôsledku toho nemožno pojednávať o belosti ako o transparentnosti farby pleti. Na jednej strane ide o intenzívnu viditeľnosť nielen farby pleti ale aj ostatných fenotypových čŕt, ktoré sú spájané so sociálnymi a morálnymi stereotypmi a na druhej strane rasovú neutralitu pre druhých. Zatiaľ čo táto intenzívna viditeľnosť ohľadom černochov je veľmi dobre všetkým známa, u belochov sa neutrálnosť stáva prirodzeným.

3. Identita

Doteraz som pojednávala hlavne o základných komponentoch rasových vzťahov a skloňovala slovo „rasa“ zo všetkých strán. Je nutné zdôrazniť dôležitosť toho, ako sa človek sám vníma, identifikuje zároveň v rámci spoločnosti, do ktorej patrí. Najskôr by som chcela vysvetliť pojem identita a rozobrať základné teórie v rámci psychológie. Neskôr sa zameriam na kultúrnu a rasovú identitu, ktorá sa úzko spája s belosťou ako rasovou identitou belochov, ktorá je hlavnou témou tejto práce.

Slovo identita je odvodené od latinského „*identicum*“ respektíve „*idem*“, ktoré znamená totožný alebo ten istý (Tesař, 2007). Identita v súčasnosti naberá iné chápanie ako kedysi, neznamená len určitú rovnakosť alebo totožnosť, zmysel vnímania seba samého. V dnešnej dobe sa na identitu dívame z pohľadu konštruktivizmu v rámci celkového prepojenia so spoločnosťou, v ktorej má jednotlivec určité uznanie a nadobúda svoje sebavedomie (Bačová, 1996; 2008). Existuje niekoľko definícií identity, ale vo všeobecnosti platí, že väčšina ľudí si pod týmto pojmom predstavuje niečo, čo nám dá odpoveď na otázku „Kto som?“. Naše presvedčenie o tom, kto sme, náš názor na nás samých. Hartl a Hartlová (2010, s. 212) vymedzujú identitu ako „prežívanie a uvedomovanie si seba samého, svojej jedinečnosti a odlišnosti od

ostatných“. Bačová (2008, s. 110) je toho názoru, že „identitu osoby tvoria podstatné vlastnosti, ktoré ak sa zmenia, osoba prestane byť sebou samou, rovnakou ako bola predtým“. Ondrušková (2006, s. 55) definuje identitu ako „uvedomenie si svojej celistvosti, autenticity, nepretržitosti a stability vzhľadom na zvnútornené osobné hodnoty a normy“. Autorka taktiež tvrdí, že identita nie je jednoducho jedna charakteristika, ktorá by bola pripísaná jednotlivcovi automaticky, ale jej obsahom je priebeh hľadania sa, uvedomovania si svojej osobnosti v rámci spoločnosti alebo viacerých spoločenstiev a definícia samého seba. Dôležitou zložkou pri tomto hľadaní samého seba je aj morálna stránka človeka a teda integrujúci potenciál svojho ja, vďaka ktorému je jednotlivec schopný odlíšiť sa od ostatných, zároveň si uvedomiť, čím sa od nich líši. Podľa Bačovej (2008) je identita pojmom, ktorý môže slúžiť na vysvetlenie správania ľudí v tom zmysle, že často krát jednotlivci odôvodňujú správanie seba alebo iných tým, kým táto osoba v skutočnosti je. Autorka taktiež rozdeľuje identitu na základe pôvodného pojmu identity alebo na základe obsahu . V prvom prípade na základe pojmu identity rozdeľuje koncepcie identity na:

- **silné koncepty identity**: sú tie, ktoré zastávajú pôvodný význam slova identita v jeho pravom zmysle, teda vyjadrujú rovnakosť medzi osobami v čase a rovnakosť medzi osobami, ktoré tvoria určité sociálne spoločenstvo. Brubaker a Cooper (dle Bačová, 2008) vymedzujú predpoklady na to, aby bolo zrejmé, že ide o silné koncepty identity. Medzi tieto predpoklady patrí hlavne fakt, že identita musí byť niečo, čo prináleží alebo by malo prináležať všetkým ľudom a všetkým skupinám, napríklad rasovým alebo etnickým. Zároveň tvrdia, že ju ľudia majú nezávisle na tom, či si to uvedomujú . Podľa toho je identita buď mylná alebo objavená. Posledným predpokladom je, že kolektívna identita sa zakladá na prísnej hranici medzi „my“ a „oni“ a silnej súdržnosti. Táto koncepcia identity je v dnešnej dobe spoločenskými vedami dostatočne kritizovaná a spochybňovaná. Sú vyslovene proti tomu, že pojem identita je konkrétna vec, ale naopak preferujú názor, že tento pojem je čisto teoretický a slúži na objasnenie a označenie javov, ktoré pozorujeme v medziľudskom správaní.

- **slabé koncepty identity**: naopak nepovažujú identitu za niečo rovnaké a nemenné, ale za niečo, čo sa mení v čase, priestore, za určitých okolností

v určitých situáciách. Podľa autorov Brubackera a Coopera (dle Bačová, 2008) sa identita v dnešnej dobe často spája so slovami náhoda, nestabilita alebo roztrieštenosť. Autori sú toho názoru, že je ťažké určiť, či sú slabé koncepty identity skutočnými konceptmi, keďže popierajú stálosť v čase. Tým pádom je popretá aj zachovanosť rovnakosti respektíve identickosti v čase spolu so zmenou všetkého ostatného, čo sa s časom mení. A preto autori navrhli používanie iných pojmov namiesto identity, aby tak bolo jednoduchšie vyjadrovať určité procesy a javy. Tými pojmami sú napríklad identifikácia, kategorizácia, chápanie seba samého a vlastné umiestňovanie alebo vytváranie skupín, respektíve zhodnosť.

Podľa obsahu Bačová (2008), Ondrušková (2006) a Tesař (2007) rozdeľujú identitu na osobnú a sociálnu. Osobnú identitu Bačová ďalej delí na interpersonálnu a intrapersonálnu.

Osobná identita:

- **interpersonálna:** identita na úrovni sociálnych rolí pričom sa jednotlivec sebadefinuje na základe súboru sociálnych rolí, ktoré mu prináležia. Každý jednotlivec má viacero sociálnych rolí, ktoré postupne prijíma a zapája sa do nich akceptáciou, porovnávaním s ostatnými rolami. Ich používanie na pozdvihnutie sebavedomia a nakoniec prijatím a identifikovaním sa s týmito rolami sa vyvíja jeho identita. Jedinec si teda pomocou týchto rolí uvedomuje kým je.

- **intrapersonálna**: je to súbor charakteristík a predstáv, ktoré má jednotlivec sám o sebe. Sú to charakteristiky, ktoré má jednotlivec spoločné s ostatnými ľuďmi, ale aj tie, ktorými sa od ostatných líši. Vzniká počas vývoja človeka, kedy jedinec hľadá svoju ideológiu a postupne sa tak identita formuje, konštruuje s procesom sebapoznávania.

Sociálna identita:

- tento typ identity je založený na tom, čo jednotlivca spája s jeho sociálnou skupinou, do ktorej patrí, na základe svojho pôvodu alebo jeho vlastným

výberom a to buď jeho voľbou alebo proti svojej vôli. Podľa Ondruškovej (2006) je dôležitou časťou sociálnej identity je pocit príslušnosti ku skupine, do ktorej jednotlivec patrí. Na jej pomenovaní nezáleží, je dôležité aké má jednotlivec pocity vo vlastnej skupine, či ich prežíva pozitívne, negatívne, neutrálne alebo ambivalentne.

Podľa Tesařa (2007) teda sociálna identita vyjadruje naše pocity ohľadom skupiny, do ktorej patríme a s ktorou zdieľame určité charakteristiky, naproti čomu osobná identita vyjadruje tie charakteristiky, ktorými sa jednotlivec od skupiny odlišuje. Zároveň je toho názoru, že tieto dve identity sa navzájom dopĺňajú a nie sú v nesúlade. Autori Trafimow a Finlay (dle Tesař, 2007) dokonca uvádzajú, že každá z identít má v mozgu svoje vlastné centrum. Všeobecne dochádza k tomu, že v skupinách sa presadzuje viac osobná alebo sociálna identita. Tento jav Tesař (2007) nazýva **individualizmus-kolektivizmus.** V závislosti na to, či má jednotlivec záväzok voči kolektívu alebo či má kolektív záväzky voči jednotlivcovi, spadá individualizmus či kolektivizmus do vertikálnej alebo horizontálnej dimenzie.

Vo **vertikálnej** dimenzii je dôležitá hierarchia v spoločnosti, zatiaľ čo v **horizontálnej** dimenzii je na prvom mieste spoločenská rovnosť. Autor uvádza ako príklad horizontálne kolektivistické kultúry, v ktorých je dôležitá solidarita, spolupráca a predovšetkým empatia. Vo vertikálnych kolektivistických kultúrach je dôležitá morálka a rešpekt voči normám. V individualistických vertikálnych kultúrach je dôležitá samostatnosť, súťaživosť a hlavne osobnostný rast. Individualistické horizontálne kultúry sú zase založené na nezávislosti a jedinečnosti jednotlivca, kde hrá významnú rolu sebadôvera.

Ondrušková (2006) taktiež vníma jedinca ako systém identít, v ktorom sa každý človek vníma inak a svoje predstavy o sebe samom porovnáva s predstavami, ktoré majú o ňom druhí. Autorka označuje tri typy identít podľa toho, ako si jedinec identitu osvojoval:

- ***identity pripísané*** : sú tie, o ktorých jedinec nemôže rozhodovať, ani si ich vybrať, sú dané samotným narodením napríklad: vek, pohlavie, farba pleti
- ***identity nadobudnuté*** : v tomto prípade jedinec rozhoduje a musí vynaložiť určité úsilie na ich nadobudnutie a to buď:
    1.) jednorazovým rozhodujúcim výkonom, napríklad: povýšenie v práci

2.) výkonom, ktorý požaduje neustále úsilie a je hodnotený kombinovaným kritériom, napríklad: udržanie si rovnakého statusu v spoločnosti alebo v práci

- ***identity zvolené***: jedinec má viac možností, z ktorých si môže zvoliť, tzv. **„vybraná identita“**

Je nutné podotknúť, že prvýkrát pojednával o získavaní identity jednotlivcom Baumeister, ktorý aj navrhol vyššie uvedené rozdelenie (2008). Autor však dodáva, že aj keď jedinec pri rozhodovaní a konštruovaní svojej identity koná podľa seba, dôležitú úlohu tu zohráva aj jeho spoločnosť a kultúra vyznávajúca určité hodnoty spolu s historickou etapou, v ktorej sa to odohráva.

3.1. Teórie identity

O pojem identita sa ako prvá začala zaujímať psychoanalýza. Prispela hlavne vývojom a formovaním identity a jej poruchami (Bačová, 2008). Na začiatku išlo o psychologické koncepcie zamerané na indivíduum. Neskôr sa začal brať ohľad na to, že jednotlivec je súčasťou vonkajšieho sveta a určitej sociálnej skupiny, v ktorej má svoje záväzky a uvedomuje si samého seba v rámci tejto skupiny. Nastupujú teda teórie sociálnej identity, ktoré vnímajú jedinca ako súčasť spoločnosti a sociálnej skupiny (Ondrušková, 2006). Vysvetľujú dôležitý vplyv sociálneho a kultúrneho prostredia človeka a tiež spôsob, akým si jednotlivec hľadá svoje miesto v tomto prostredí.

3.1.1. Teória Ego identity

Autorom tejto teórie je **Erikson** a patrí do psychoanalytických koncepcií identity. Pravdepodobne prvým autorom termínu „identita“ bol Freud, ale Erikson ho ako prvý dopodrobna rozpracoval (Bačová, 2008). Identita osoby sa podľa tejto teórie utvára spojením identifikácií z detstva a súčasnosti so základnými životnými záväzkami (Ondrušková, 2006; Bačová, 2008). Erikson diferencuje identitu na ego identitu (vnútorná konzistencia) a self identitu (sebavnímanie) (Nakonečný, 2000). V teórii ego identity ide o vývoj v živote jednotlivca, na ktorého vplývajú široké sociálne vzťahy

a najmä blízka rodina (Ondrušková, 2006). Medzi hlavné fenomény radí (Bačová, 2008; Odrušková, 2006): **krízu identity**, **inštitucionalizované moratórium**, **boj medzi egom a superegom** a **tri stupne hodnotovej orientácie** (premorálne štádium, ideologické a etické štádium). Erikson považuje jednotlivca, ktorý má schopnosť empatie, je vyrovnaný, primerane výkonný a dokáže s ostatnými vytvárať úprimné vzťahy, za zrelého človeka (Ondrušková, 2006). Erikson vymedzil 8 vývojových štádií, pričom každé z nich je charakteristické určitým vývojovým konfliktom.

3.1.2. Strykerova teória identity

Táto teória, na rozdiel od psychoanalitycky ovplyvnených teórií, kladie dôraz na analýzu sociálnej identity. Stryker (dle Ondrušková, 2006), ktorý vychádza zo symbolického interakcionizmu, hľadá význam vo vzťahu medzi rolou, self a spoločnosťou. Self je podľa autora **mnohoaspektové** a **mnohovrstvové.** Stryker (dle Bačová, 2008) verí, že človek má viacero identít, ktoré sú hierarchicky usporiadané a závisia od počtu rolí jednotlivca. Identity na vrchole hierarchie majú schopnosť lepšie definovať identitu jednotlivca, lebo majú väčšiu pravdepodobnosť aktivácie vo väčšine situácií. Stryker (dle Bačová, 2008) sa nazdáva, že identita, rolové správanie, výkon v roli sa navzájom ovplyvňujú. Tento vzťah sa dá potom použiť na utváranie názorov osoby o tom, kým alebo čím je.

3.1.3. Tajfelova teória sociálnej identity

Teória sociálnej identity je zameraná hlavne na porozumenie medziskupinového správania a skupinových procesov a vzťahov (Výrost, Slaměník, 2008; Odrušková, 2006). Pojem seba obsahuje dve zložky: **personálna identita** a **sociálna identita**. Hlavným predpokladom teórie sociálnej identity je myšlienka, že jedinec ako člen určitej sociálnej skupiny má snahu udržať si vysoké osobné ale aj skupinové sebahodnotenie (pozitívna sociálna identita). Taktikou pre udržanie si takejto pozitívnej sociálnej identity je znižovanie hodnotení členov ostatných skupín a tak pri porovnávaní vyznie vlastná skupina pozitívnejšie a má možnosť lepšieho

spoločenského postavenia. Aby si členovia danej skupiny zaručili kladný výsledok, porovnávajú sa s inou skupinou vo vlastnostiach, v ktorých vynikajú . (Bačová, 2008; Odrušková, 2006).

Teória sociálnej identity slúži aj na vysvetlenie rasizmu a diskriminácie. Používa sa v empirickom výskume pomocou modelu minimálnej skupiny. Probandi sú prideľovaní do skupín za základe banálnych rozdielov. Skúmajú sa tu vyjadrenia o členoch vlastnej a inej skupiny. Na základe nerelevantných rozdielov medzi skupinami, probandi hodnotia členov svojej skupiny priaznivejšie ako členov inej skupiny a tým konajú vo svoj prospech. Teória sociálnej identity teda vysvetľuje diskrimináciu ako snahu o udržanie si pozitívneho obrazu sociálnej identity.

Podľa Bačovej (2008) tvorí sociálna identita základ pre skupinové správanie. Autorka zároveň uvádza, že časťou teórie sociálnej identity je teória sebakategorizácie, pretože samotná kategorizácia postačuje na vytvorenie rozdielov medzi skupinami a udržanie súdržnosti v rámci skupiny.

Teória sociálnej identity sa zaoberá identitou ako príslušnosťou jednotlivca jednej skupiny a nie tej druhej. Sociálne vnímanie sa zakladá na kategorizovaní ľudí do skupín podľa určitých spoločných charakteristík. Od skupiny, ktorá nemá požadované charakteristiky sa jednotlivec dištancuje. Táto skupina sa nazýva **„outgroup“**. Skupina, do ktorej jednotlivec patrí sa nazýva **„ingroup“**. Podľa Paiva (2007) je zaujímavým znakom tohto rozdelenia fakt, že členovia outroup sa zdajú byť navzájom viac podobnými, zatiaľ čo členovia ingroup sa javia byť viac odlišní. Naďalej tvrdí, že začlenenie sa do skupiny záleží tak od vlastného výberu, ako aj od vonkajších okolností. Najdôležitejším elementom príslušnosti jednotlivca ku skupine je motivácia a jeho sebavedomie, ktoré podnietia začlenenie do skupiny a zároveň sa starajú o zmeny tohto začlenenia alebo o prípadné opustenie skupiny.

3.1.4. Etnolingvistická teória identity

Giles (dle Bačová, 2008) nadviazal na Tajfelovu teóriu sociálnej identity, ale za najdôležitejšie kritérium skupinovej identity, v ktorej sa členovia skupiny porovnávajú, považuje jazyk. Bol presvedčený, že v snahe o pozitívnu sociálnu identitu, sa jedinci ako členovia určitej etnolingvistickej skupiny snažia zaradiť do skupiny, ktorá má dominantnejšie postavenie a napodobiť sa s ňou v jazyku aj kultúre. Autor si bol

vedomý toho, že by to ohrozovalo zánik pôvodnej skupiny a preto zostavil zoznam faktorov skupinovej vitality. Podľa neho je **skupinová vitalita** schopnosť určitej skupiny prežiť v prostredí viacerých skupín ako rozdielny aktívny celok (Bačová, 2008). Giles (dle Bačová, 2008) tvrdí, že k výraznej entolingvistickej identifikácii je potrebné vnímať medzi - skupinové hranice ako pevné a nepriepustné. Zároveň platí nepriama úmernosť medzi počtom skupín a silou ich etnolingivstickej identifikácie s vlastnou skupinou. Vzhľadom na zameranie tejto teórie na nadradenosť a podradenosť skupiny, sa etnolingvistická teória často používa na vysvetlenie podriadených a menšinových skupín. Táto teória sa zameriava predovšetkým na vysvetlenie dynamiky vzťahu jazyku, identity a sociálnej identifikácie.

3.1.5. Teórie sociálneho konštruktivizmu

Podľa Ondruškovej (2006) sa teórie sociálneho konštruktivizmu snažia prísť na to, aké metódy alebo systémy presvedčenia ľudia používajú na to, aby ich konanie malo význam. Na poznanie seba samého a svojej identity má podľa teórií sociálneho konštruktivizmu výrazný vplyv potreba presadiť sa v určitom spoločenskom systéme a mať možnosť naplniť túto potrebu. Tieto teórie sa teda odkláňajú od pôvodného významu identity ako rovnakosti (Bačová, 2008).

Predstaviteľom klasickej teórie sociálneho konštruktivizmu je Kelly (Bačová, 2008; Odrušková, 2006). Podľa neho ľudia neustále interpretujú a reinterpretujú svoje prostredie. Aby ľudia pochopili seba samých, svet a mohli ho zároveň meniť poznaním, utvárajú si mentálne mapy. Z týchto mentálnych máp si jednotlivec vytvára určitý celok, podľa ktorého nahliada na svet a chápe sám seba. Pod týmto celkom chápe Kelly (dle Bačová, 2008) osobnosť jednotlivca.

Ďalším predstaviteľom súčasného sociálneho konštruktivizmu je Harré (Bačová, 2008; Odrušková, 2006). Autor ucelenej psychologickej koncepcie: **diskurzívnej psychológie**, v ktorej sa taktiež zaoberá konceptom sociálnej a personálnej identity. **Diskurz** je podľa neho princíp prezentovania samého seba, svojho prostredia a komunikácia, teda výmena informácii a konverzácia. Jednotlivec v spoločnosti prezentuje sám seba, podľa situácie si vyberá rozličné aspekty jeho sociálnej identity (Odrušková, 2006). Tieto identity, ktoré si človek vyberá na prezentovanie seba samého, Harré nazýva „**masky“**. Autor rozlišuje individuálnu sociálnu bytosť, ktorá je

závislá na pravidlách a sociálnych konvenciách a personálnu bytosť, ktorá predstavuje vlastný vnútorný zmysel bytia jedinca (Bačová, 2008; Odrušková, 2006). Autor tvrdí, že veľmi často dochádza k pocitu, že to čo ľudia prezentujú navonok, ich sociálny obraz, je odlišné od toho, čo pociťujú ako ich vnútorný zmysel. V jeho teórii je najdôležitejším faktom to, že samotná bytosť a jej aktivity nie sú až tak dôležité ako to, čím svoju osobnosť a svoje aktivity vysvetľuje. Tieto vysvetlenia totiž odokrývajú jadro konštruovaného systému vlastného „ja“ (Bačová in Výrost, Slaměník, 2008).

3.1.6. Weinrichova analýza štruktúry identity

Weinrich (dle Bačová in Výrost, Slaměník, 2008) je proti existencii univerzálnej teórie identity. Autor vníma identitu ako komplex procesov, podľa ktorých jedinec konštruuje a rekonštruuje svoju príslušnosť k určitej sociálnej skupine a zároveň seba samého v rámci svojej skupiny. Podľa hodnotiacich procesov možno uvažovať o dvoch typoch identifikácie sa s druhými: **empatická identifikácia**: vnímanie podobnosti alebo rovnakosti s ostatnými v dobrých aj v zlých vlastnostiach a **rolová modelová identifikácia**, ktorá môže byť idealistická (podobať sa svojmu pozitívnemu modelu), alebo kontra-identifikácia (odlíšiť sa od negitívneho modelu).

3.1.7. Postmoderné prístupy

Postmoderné teórie stavajú heterogénnosť a pluralitu na popredné miesta. Identita už nie je nemenná, ale mnohonásobnosťou rolí a prechodnými vzťahmi v modernom svete dochádza k tomu, že sú jej hranice neustále nanovo vymedzované. Bačová (2008) zhrnula niekoľko spoločných vlastností postmoderných teórií: priklonenie sa k situačným a miestnym faktorom identity, závislosti na kultúre a histórii; identita je chápaná dynamicky a sú prípustné kontinuálne zmeny; centrom záujmu sa stáva vonkajší svet a jedinec ako jeho súčasť; identita je tvorená súborom všetkých rolí jedinca, je viacnásobná; identita nie je daná, ale neustále sa obmieňa; identity sa spájajú do sietí, kde sa môžu prelínať alebo splývať; obsahom identity sú ľudské vzťahy; jazyk hrá významnú rolu pri vymedzovaní identity; do popredia sa dostáva multiperspektívne poňatie identity.

3.2. Kultúrna, sociálna a etnická podmienenosť identity

Identita sa nerozvíja len na osobnej a sociálnej úrovni, ale dôležitý vplyv na jej rozvoj má aj kultúra či etnikum, v ktorej sa jednotlivec vyvíja. Typom skupinovej identity je kultúrna identita, ktorú si jednotlivec utvára ešte v detstve. Uvedomuje si jeho príslušnosti k istej kultúre, pomocou očakávaní, prejavov a vyjadrovaní spoločnými členmi v tejto kultúre (Morgensternová, 2007). Autorka tvrdí, že dieťa si začína uvedomovať príslušnosť k určitej kultúre až v mladšom školskom veku pri pestrejšom kontakte s ostatnými rovesníkmi. K takémuto uvedomovaniu môže dôjsť aj skôr a to vtedy, keď sa dieťa dostane do kontaktu s príslušníkom inej kultúry. Odlišné znaky ako reč, farba pleti či spôsob obliekania zaujmú pozornosť dieťaťa, ktoré sa začne zamýšľať nad príčinami, prečo je dané dieťa odlišné od svojho okolia. Morgensternová (2007) sa zastáva názoru, že u bilingválnych detí sa tento záujem o inú kultúru zintenzívni. Ondrušková (2006) poukazuje na kultúrnu relativitu identity. Pod týmto pojmom autorka chápe odlišné definovanie a vyjadrovanie seba samého v rôznych kultúrach a takisto aj dosahovanie sebadefinovania. Autorka taktiež tvrdí, že existujú psychologické špecifiká v rámci konštruovania seba a svojej identity. Podľa nich ľudia prežívajú seba samých ako izolovaných od ostatných a teda fyzicky odlišných a to za každých okolností a na každom mieste. Ďalším špecifikom je fakt, že pre orientáciu v čase a priestore si ľudia vytvárajú schému svojho tela a poslednou univerzáliou je to, že každý jednotlivec si na každom mieste uvedomuje jeho vnútornú aktivitu, ku ktorej nikto iný nemá prístup. Ondrušková (2006) tvrdí, že ostatné aspekty sú už kultúrne špecifické, pričom najvýznamnejší vplyv má rozdelenie kultúr na východné kolektivistické a západné individualistické. Základnou požiadavkou východných kultúr je vzájomné prepojenie ľudí a závislosť medzi jednotlivcami. Z toho vyplýva, že aj všetky dôležité rozhodnutia vznikajú na základe vzťahov k ostatným ľuďom. V západných kultúrach je konštruovanie identity odlišné, pretože jedinec v tejto spoločnosti je nezávislý, individualistický a zameraný na seba. Rozhodnutia teda nezávisia od vzťahu k ostatným, ale od seba samého. Na rozvoj svojej osobnosti je potrebná sebarealizácia a rozvoj svojho potenciálu.

Okrem vplyvu kultúry a spoločnosti na rozvoj identity, zohráva významnú úlohu aj doba, v ktorej sa človek vyvíja. V súčasnosti má jednotlivec oveľa viac možností na tvorbu identity prostredníctvom voľby a procesov rozhodovania. Ďalším vplyvom na rozvoj identity je etnikum. Skôr ako rozoberiem etnickú identitu, je

dôležité objasniť si definíciu etnickej skupiny. Barth (dle Oliveira, 2003) ju definuje ako populáciu, ktorá zdieľa základné princípy a kultúrne hodnoty. Táto populácia tvorí určitú oblasť vzájomnej interakcie a komunikácie. Podľa autora je etnikum určitá skupina jednotlivcov, ktorí sa identifikujú a zároveň sú identifikovaní ako kategória rozoznateľná od ostatných kategórií, ktoré sa orientujú podľa toho istého poriadku. Etnickú identitu definuje Glaser (dle Oliveira, 2003) v zmysle, ako človek vníma rasové, náboženské a národné podmienky pri identifikovaní a pri nadväzovaní vzťahov s druhými ľuďmi. Podľa Oliveiru (2003) etnická identita nemôže byť absolútnou definíciou, ale môže byť definovaná len vo vzťahu k systému ostatných etnických identít, ktoré sú v špecifických kontextoch a situáciách rozdielne hodnotené.

Vzhľadom na tému práce zameranú na rasové vzťahy vo formálnom vzťahu ako je doktor a pacient, chcela by som načrtnúť vývin nerasistickej identity belocha podľa Helms (dle Bento in Carone, 2007). Autorka opisuje 6 štádií vývinu rasovej identity belochov:

1. Kontakt: je to iniciálne štádium, v ktorom hrajú hlavnú rolu stereotypné myšlienky naučené rodinou, alebo svojim blízkym okruhom známych. Na základe týchto stereotypov si jednotlivci obmedzujú vlastné povedomie o rasových otázkach a interakcie s černochmi dochádza k primitívnej zvedavosti a strachu z nich. Typické pre jednotlivcov, ktorí sa nachádzajú v tomto štádiu je skláňať černochom pochvaly rôzneho typu, v ktorých vyjadruje napríklad, že iný černoch by sa tak dobre nezachoval. Niektorí ľudia zostanú v tomto štádiu a nevyvíjajú sa ďalej.

2. Desintegrácia: k tomuto štádiu dochádza v tom prípade, že sa jednotlivec dostane do interakcie s černošskou populáciou alebo k novým informáciám ohľadom rasizmu. Môže to viesť k inému pohľadu na existencie kultúrneho a inštitucionálneho rasizmu. Typické pre toto štádium sú pocity viny, hanby a niekedy až pocity hnevu ohľadom svojej vlastnej identity, pretože si uvedomujú výhody, ktoré belochom z toho plynú. Takisto si uvedomujú dôležitú úlohu, ktorú zohrávajú belosi na zachovanie rasového systému. Na zmiernenie týchto nepríjemných pocitov si jednotlivci snažia nahovoriť, že rasizmus neexistuje, alebo ak existuje, tak je to vinou obete. Zároveň pri snahe o akceptáciu so svojou vlastnou rasovou skupinou, v ktorej panuje idea rasovej nadradenosti belochov, jednotlivec mení svoje názory v smere priblíženia sa k akceptácii rasizmu.

3. Reintegrácia: nastáva v tom prípade, keď sa pocity viny, hanby a hnevu z predošlého štádia dostanú do dominancie u jednotlivca. Najtypickejším znakom pre

toto štádium je obviňovanie obete z rasizmu. Helms (dle Bento in Carone, 2007) tvrdí, že je jednoduché pre belochov zostať v tomto štádiu, hlavne ak nie sú v kontakte s černochmi. Belosi cítia, že si svoje privilégia zaslúžia pretože sú nadradení menšinovým skupinám. Ak si však nevedia dať s týmito pocitmi rady, presúvajú sa do ďalšieho štádia.

4. Pseudo-nezávislosť: na odhalenie rasizmu sa ľudia ešte stále pozerajú na černochov, teda na ľudí s „farebnou“ pleťou a nie na samých seba. Osoby v tomto štádiu túžia byť proti rasizmu. Je to prakticky prvá etapa pozitívnej rasovej identifikácie, pri ktorej jednotlivci ešte nevedia ako je možné byť belochom a zároveň nie rasistom.

5. Ponorenie/vynorenie: jednotlivci v tomto štádiu sa snažia nájsť svoju belošskú nerasistickú identitu inými, vhodnejšími spôsobmi. Najčastejšie sa spájajú s ostatnými belochmi, ktorí sú alebo boli v podobnej situácií, študujú ich antirasistické diela, alebo autobiografie.

6. Autonómia: štádium pozmeneného, nového vnímania svojej belošskej rasovej identity. Do tohto štádia dokáže prísť jednotlivec vtedy, keď začne jasne chápať svoju identitu spojenú s pozitívnymi emóciami a je schopný konfrontovať každodenne situácie rasizmu.

Tento model vývinu rasovej identity je podľa Helms (dle Bento in Carone, 2007) nekonečný proces, v ktorom je potrebné byť otvorený novým informáciám a novým spôsobom myslenia ohľadom kultúrnych a rasových premenných.

4. Vzťah doktor - pacient

Zatiaľ čo v medzinárodnej literatúre už existuje veľký záujem o tematiku vzťahu medzi doktorom a pacientom, v Brazílii to tak nie je, ani sa neuvažuje rozšíriť tieto štúdie vo vzdelávaní doktorov. Na druhej starne je bežné začlenenie najmodernejších postupov a sofistikovaných zariadení do praxe. Napriek tomu, že existujú odborné texty ohľadom tejto tematiky, stále prevláda čisto biologický model vzdelávania medikov a nemajú k dispozícií žiadne učebnice o tejto problematike. Na niektorých brazílskych univerzitách sa touto témou zaoberajú, veľmi opatrne a bežne

všetky súvisiace predmety sú ponúkané len ako voliteľné, prípadne sa tematika stáva len súčasťou iného predmetu, najčastejšie psychológie. Tieto predmety však medicínsky študenti neberú do úvahy. Humanitárne hnutia v rámci lekárskej profesie v Brazílii sa čoraz viac snažia pomocou výskumov, ktoré dokazujú dôležitosť vzťahu doktor- pacient pri liečbe, zahrnúť túto tematiku do štúdia medikov.

Autor Hinde (dle Caprara, 1999) sa zameriava na samotný koncept vzťahu. Tvrdí, že dobrý vzťah vyžaduje interakciu medzi dvoma ľuďmi, zahŕňajúcu občasné dlhodobé výmeny, ktoré majú určitý stupeň vzájomnosti. Na zmenu a pozorovanie štruktúr v každej interakcii je potreba aktívnu účasť obidvoch členov dyády. Vzhľadom na existenciu vzorov rôznych vzťahov, je môže vyvodiť, že sa nikdy nevyskytujú vo vákuu, ale sú ovplyvňované skupinami pôvodu svojich členov ako aj kontextom, v ktorom sa odohrávajú. Z toho vyplýva, že sú vždy súčasťou určitej spoločnosti a tvoria systémy interakcií. Hindeho chápanie vzťahov z hľadiska komplexnosti potvrdzuje aj fakt veľkej odlišnosti medzi formálnym a neformálnym vzťahom. Vzťahy v zdravotníctve sú často veľmi formálne. V týchto vzťahoch sa dá do veľkej miery predpokladať správanie, ktoré funguje podľa určitých vzorov. Pri takejto neosobnosti je zložitejšie vytvoriť si interaktívne puto, pretože vzťah je predpísaný a zameraný na detekciu choroby a aplikovanie liečby.

Sucupira (2007) tvrdí, že vzťah doktor- pacient nemusí mať výrazný vplyv v prípade krátkeho ošetrenia, napríklad infekčného ochorenia, pretože v tomto prípade má lekársky zásah okamžité výsledky. Autorka poukazuje aký je veľmi dôležitý a cenný ľudský vzťah medzi doktorom a pacientom v liečbe chronických degeneratívnych ochorení. Ich cieľom je nájsť dlhodobú liečbu, ktorá môže ponúknuť lepšiu kvalitu života a ktorá je veľmi závislá na spolupráci a účasti samotného pacienta. Okrem prípadu liečby chronických ochorení autorka zdôrazňuje význam vzťahu doktora s pacientom v prípade neodkladnej starostlivosti hlavne na pohotovostnom oddelení. V súčasnosti sa využíva model, ktorého základom je mechanizmus zameraný na najrýchlejšie a najúčinnejšie odstránenie príznakov choroby, aby pacient bol v čo najkratšom čase vybavený a doktor sa mohol venovať ostatným čakajúcim. Popri tom doktori zabúdajú brať ohľad na dôležité psycho- sociálne faktory pacienta, ako jeho celkový a aktuálny psychický stav, jeho rodinu a zázemie. Takýto model je nedostatočný pri liečbe, spôsobuje niekoľkonásobný návrat pacientov. Dôsledkom tohto zlého mechanizmu sa následne zvyšuje počet pacientov na pohotovostných oddeleniach a vytvára nespokojnosť a sťažnosti zo strany

pacientov aj doktorov. Sucupira (2007) vysvetľuje, že mnohokrát za ochorením stojí ďalšia rada príčin zo súkromného života pacienta, na ktoré by sa malo pri konzultácii myslieť. Ako najčastejšie príčiny uvádza alkoholizmus, domáce násilie, drogy a iné problémy v rodine. Na ich odhalenie je potrebná komunikácia medzi doktorom a pacientom zameraná na konkrétny problém pacienta.

O dôležitosti komunikácie a následného pochopenia hovorí a Pitta (1995). Podľa nej sa vzťahy neobmedzujú len na konverzácie, v ktorých sú zahrnuté čisto verbálne prvky. Na rozvinutie dobrej komunikácie je potrebné, aby v dyáde došlo k chápaniu toho druhého ako partnera a nie len ako objekt. Prostredníctvom takejto komunikácie sa obaja budú mať možnosť spoznávať a porozumieť jeden druhému. Pochopenie toho druhého je aktívny proces hľadania významov a ich interpretácie (Caprara, 1999). Vo vzťahu doktora a pacienta aj keď nezámerne, existuje určité precvičovanie interpretovania nasledujúcich faktov: utrpenia v sťažnosti, sťažnosti v príznakoch a napokon symptómov zaradených do príbehu. Veľký vplyv na to majú životné podmienky pacienta, jeho druh ochorenia, klinické uvažovanie doktora, podozrenie a na koniec celková diagnostika uzatvárajú cyklus interpretácie.

Ruiz-Moral (dle Sucupira, 2007) polemizuje o dôležitých zmenách vo vzdelávaní medikov a je toho názoru, že klinický vzťah je sám o sebe základ, ktorý musí byť predložený už počas štúdia medikov, aby mohol byť aplikovateľný na celé zdravotníctvo. Aby k tomuto došlo, je podľa neho nevyhnutné pochopiť podstatu vzťahu doktor- pacient a upevniť si teoretický základ nie len v biomedicíne, ale hlavne v psycho-sociálnej stránke tohto vzťahu a nadobudnúť vedomosti z oblasti psychológie, sociológie či antropológie a zasadiť ich do scenáru klinického vzťahu. Autor sa ale domnieva, že ku kvalitnému vzťahu doktora s pacientom môže dôjsť, len ak sa bude vnímať nad rámec tohto vzťahu, čo vyžaduje veľmi dobre vyškolený personál a dostatok lekárskej etiky. Zároveň by sa mala zdravotnícka technika vyšetrenia zameriavať na formu, v ktorej je každý prípad vnímaný ako osobitný a jedinečný a v ktorom doktor vníma pacienta ako ľudskú bytosť a celok aj mimo lekárskej ambulancie. Komunikácia sa podľa autora nemôže premeniť len na automatické dotazovanie, aj keď do týchto dotazov spadajú otázky osobného sociálneho života pacienta. Podľa Sucupira (2007) je dôležité zohľadniť všetky faktory vyšetrenia, sociálne prvky, ako typ a lokalizácia inštitúcie, jej fungovanie a sociálne začlenenie všetkých súvisiacich prvkov a výsledná nerovnosť, ktorá z nich vyplýva. Takýto prístup si podľa autorky nevyžaduje zavedenie nových techník do zdravotníctva, ale je zásadné

poskytnúť medikom široké vzdelanie v humanitných oboroch, vďaka čomu budú schopní tvoriť názory a zastávať postoje v súvislosti s etickou stránkou tohto vzťahu. Na základe toho bude doktor pripravený lepšie chápať a prijať utrpenie pacienta.

Aj ostatní autori, ktorí sa zaoberali touto tematikou sú toho názoru, že problém siaha do minulosti a spočíva hlavne vo forme vzdelávania medikov. Caprara (1999) si myslí, že model biomedicíny dnešnej doby spočíva v tom, že choroba je biologická zmena, ktorá sa odchyľuje od normy. Podľa neho je to čisto mechanický pohľad, v ktorom je telo porovnávané k stroju vo vzťahu príčin a následkov. Takýto systém má svoje výhody, bez pochýb prispel k pokrokom medicíny v posledných dvoch storočiach, ale vynecháva psychologické, sociálne a kultúrne aspekty. Okrem toho predstavuje hlavne nedostatky v komunikácii medzi pacientom a doktorom a to verbálnej i neverbálnej. V istom zmysle, môže mať pacient problém pochopiť informácie, ktoré mu sprostredkuje doktor, na druhej strane môže dôjsť k opaku, kedy doktor môže zle zaznamenať informácie a symptómy od pacienta, ktoré sú významné pre stanovenie správnej diagnózy. Toto je podľa Capraru (1999) dôvod, prečo prevažná väčšina pacientov preferuje byť ošetrená vždy u toho istého doktora. Takto majú príležitosť vytvoriť si dôverné puto a vzájomné pochopenie, čo prispieva pozitívne na diagnostiku a následne na liečbu. V skutočnosti fakt, že pacient bude vždy vyšetrený tým istým doktorom má aj ďalšie výhody, akými sú:

- Uľahčuje komunikáciu
- Porozumenie ohľadom kultúry a pacientovej histórie
- Vytvorenie silnejšieho puta
- Zvýšenie záujmu doktora o pacienta v zmysle obáv a starostlivosti

Podľa Capraru (1999) všetky tieto faktory súvisia s humanizáciou medicíny. Tento pojem siaha do polovice minulého storočia, kedy začali debaty rôznych mysliteľov ohľadom tejto témy. Jedným z nich bol Jaspers (dle Caprara, 1999) spolu s ktorým získala silu predstava, ktorá kritizovala medicínu za jej technicko-inštrumentálne zameranie a objektivitu dát, zatiaľ čo nebrala do úvahy subjektívne aspekty vzťahu doktor-pacient, ktoré študovala v tom období psychoanalýza. Podľa týchto mysliteľov by sa mal element vzťahu doktora a pacienta zahrnúť do štúdia medicíny, ako súčasť liečby pacienta.

V 70-tych rokoch sa práce v oblasti psychológie zdravia zaoberali úmyselným konsenzusom obhajujúcim práva a záujmy spotrebiteľov. Zaznamenávalo sa veľa sťažností pacientov na svojich doktorov, čo viedlo k vyšším výdavkom v zdravotníctve v mnohých krajinách a preto bolo nutné zreorganizovať model vyšetrenia na základe pacientovho uhlu pohľadu, zlepšiť tak kvalitu služieb zdravotníctva a znížiť výdavky. Boltanski (dle Caprara, 1999) v svojich prácach rozoznáva rozdiel medzi lekársko-vedeckým a lekársko-rodinným poznaním. Navyše tvrdil, že vzťah doktor- pacient môže spôsobiť úzkosť zo strany pacienta a to hlavne v tom prípade, ak pochádza z nižšej sociálnej triedy kvôli problémom v komunikácii, porozumeniu a dôvernosti medzi ním a doktorom.

V súčasnosti je vzťah doktora s pacientom vnímaný ako podstata zlepšenia kvality zdravotníckych služieb. Humanizáciou medicíny s vyšetrením zameraným na pacienta či právom na informácie sa stáva podkladom mnohých výskumov a štúdií. V Brazílií sa diskusie ohľadom tejto tematiky oživili, ale zatiaľ sú len v počiatočnej fáze v podobe testov s teoretickými názormi. Caprara (1999) uskutočnil výskum, v ktorom postavil doktorov do úlohy pacienta a zisťoval ich spokojnosť. Došiel k záverom, že systém vyšetrenia je chladný, neosobný, vzdialený a produkuje tak pocity nepohodlia, úzkosť a nedôveru pacienta. Prišiel na to, že tieto problémy plynú už zo vzdelávania medikov, zameraného na anatómiu, fyziológiu či patológiu, nevenujú sa príbehu života pacienta, jeho jedinečnosti, morálnej potrebe a psychologickej podpory. V 21. storočí teda dochádza k výzve humanizácie medicíny a vzťahu pacienta s doktorom, podporovať zdravie a vnímať pacienta v jeho celosti so zameraním na fyzické, psychické a sociálne, nielen na biologické potreby (Caprara, 2004).

V roku 1994 sa uskutočnilo zhromaždenie, na ktorom sa diskutoval vzťah doktor- pacient a problémy s tým späté. Pripravilo sa vyhlásenie v podobe Torontského konsenzuálneho vyhlásenia (Simpson dle Caprara, 2004). V ňom boli prezentované dáta, ktoré boli výsledkami viacerých výskumov ohľadom tejto tematiky. Z nich najpodstatnejšie zistenia boli nasledujúce:

- 54% porúch vnímaných pacientom neberú doktori do úvahy (Steward dle Caprara, 2004).
- 50% psychických problémov sa taktiež nebrali do úvahy (Schulber dle Caprara, 2004).

- v 50% lekárskych konzultáciách pacient nesúhlasil s doktorom ohľadom povahe zdravotného problému (Starfield dle Caprara, 2004).
- až 65% pacientov je pri vysvetľovaní svojho problému už po 15-tich sekundách prerušená doktorom (Beckman dle Caprara, 2004).

Vzhľadom na tieto zarážajúce dáta zorganizovala Národná rada pre vedecký a technický vývoj (v Brazílii CNPq) výskum ohľadom vzťahu doktor-pacient, zameraný na problematiku primárnej starostlivosti v Brazílii. Výskum bol kvalitatívneho rázu a prebiehal v období rokov od 1999 do 2001. Hlavnou metódou bolo neštruktúrované interview a zúčastnené pozorovanie. Vzorku tvorilo štyristo vyšetrení dvadsiatich doktorov, pričom dvesto pacientov bolo z vidieckych oblastí a ďalších dvesto z mestských oblastí Fortalezy. Z organizačnej stránky bola zistená vysoká fluktuácia lekárov, nedostatok fyzickej infraštruktúry, nedostatok organizácie a iné sociálne a kultúrne faktory, ktoré mali dopad na návštevnosť. Zameriavali sa aj na štruktúru ambulancie, v podobe vzdialenosti doktora od pacienta, na uľahčenie komunikácie, zabezpečenie súkromia a zabránenie prerušeniu uprostred konzultácie. Čo sa týka komunikácie, bolo zaznamenané, že na začiatku každej konzultácie sa doktor snaží byť empaticky, ale i napriek tomu sa odhalilo zopár relevantných problémov, ako napríklad:

- 39,1% doktorov nevysvetlilo problém jasne a zrozumiteľne.
- V 58% prípadoch sa lekár neuistí, či pacient pochopil správne diagnózu.
- V 53% konzultáciách nebolo skontrolované, či pacient správne pochopil liečbu.
- V 91,4% lekárskych konzultáciách doktor nepreskúmal psychologické aspekty pacienta.
- Priemerný čas konzultácie je 9 minút.

Tieto údaje sú v rozpore s dobrým vzťahom medzi doktorom a pacientom. Tento vzťah je ale ovplyvňovaný aj inými dôležitými faktormi ako sú:

- Terapeutické prostredie.
- Psycho-sociálne aspekty pacienta späté s chorobou ako strach alebo úzkosť.
- Skúsenosť s inými doktormi.
- Faktory súvisiace s doktorom a jeho psychickou kondíciou (stres, frustrácia).
- Jeho osobnosť a vlastná technická príprava po stránke profesionálnej a komunikatívnej.

Z týchto údajov je možné vyvodiť záver, že doktori sa veľmi nesnažia pochopiť rôzne pohľady na zdravie a chorobu, rozsah hodnôt každej spoločnosti, podľa ktorého treba zvoliť diferencovaný postup. Rovnako sa zdá, že lekári neuznávajú autonómiu pacientov a jeho schopnosť byť zodpovedný za svoje vlastné zdravie. Nepodporujú ich spoluprácu a účasť na liečbe, ako aj v oblasti prevencie a podpory zdravia. Taktiež sa zaznamenalo, že dlhšia konzultácia sa vzťahuje k zlepšeniu kvality starostlivosti, zlepšeniu diagnostiky, lepšiemu vysvetleniu problému respektíve choroby a takisto k lepšej liečbe. Zároveň pri dlhšej konzultácii dochádza k overeniu doktora ohľadom správneho pochopenia postupu liečby zo strany pacienta.

Na odstránenie týchto negatívnych faktorov a následne vylepšenie vzťahu doktor- pacient, výskumníci navrhujú zmeniť systém štúdia medikov a zahrnúť do ich programu túto tematiku. Hlavný problém vidia v tom, že v tradičných kurzoch medicíny sa študentom dostávajú zručnosti vo fyzických a biomedicínskych ohľadoch, popri čom psycho-sociálne, socio-kultúrne a socioekonomické aspekty zostávajú bokom. Už počas štúdia totiž získavajú povedomie o tom, ktoré informácie by mali byť ignorované podľa biomedicínskej logiky (Caprara, 2004). Na niektorých európskych a severoamerických univerzitách sa už zaoberajú vzťahom doktor- pacient a zahŕňajú ho do výučby, ale Whitehouse (dle Caprara, 2004) tvrdí, že kvalita týchto predmetov nie je príliš vysoká. Autor zdôrazňuje, že za najdôležitejšie považuje zahrnúť otázku vzťahu doktora a pacienta do celého štúdia medikov a do všetkých ročníkov, aby nielen vysvetlili problematiku, ale ju aj udržali a rozvíjali až do konca štúdia. Túto problematiku by mali rozvíjať s interdisciplinárnym prístupom, ktorý zahŕňa medicínu, psychológiu a sociálne vedy postupným prehlbovaním, ktorá bude schopná pripraviť medikov na kritické situácie, ako napríklad diagnostika vážnych a nevyliečiteľných chorôb.

4.1. Otázka rasy a nerovnosti vo vzťahu doktor- pacient

V kontexte brazílskeho medicínskeho prostredia je jeden z neprehliadnuteľných psycho-sociálnych faktorov otázka rasy, farby pleti či nerovnosti. Chor (2007) sa vyjadruje, že pri skúmaní tejto tematiky v kontexte brazílskej spoločnosti je potrebné zdôrazniť tri hlavné prekážky s ktorými sa stretáva:

Prijatie mýtu ohľadom rasovej demokracie: obmedzuje to prístup, diskusiu ale aj štúdium tohto predmetu, narušuje dokonca aj zahrnutie otázok týkajúcich sa rasy do databázy, ako keby to bolo niečo zlé.

Chyby v rasovej klasifikácii: autorka zvýrazňuje dôležitosť adekvátnej kvalifikácie, pretože rasa je významný sociálny konštrukt, nezávisle od genetického a iného biologického kritéria. Rasové kategórie zahŕňajú identitu, oceňovanie, prístup k zdrojom, čo prispieva k vystaveniu sa rôznym úrovniam zdravotných rizík a zároveň riziku, kedy utrpenie diskrimináciou môže negatívne vplývať na úspešnosť pacientovej liečby.

Pochopenie historického kontextu a mienka etnických a socio-ekonomických zdôvodnení, ktoré nie sú z tohto vzťahu vylúčené. Sú to prvky, ktoré sa môžu navzájom dopĺňať a ktoré boli odvodené a nahromadené počas dejín otroctva a nerovností v krajine, putujúce z generácie na generáciu. Obidve varianty sú zmiešané a zdravotné výskumy by si mali byť vedomé tejto interakcie.

Chor (2007) tvrdí, že existujú výskumy na základe ktorých ľudia, ktorí trpeli diskrimináciou zaznamenávali väčší počet chorôb v porovnaní s tými, ktorí ju nezažili . I keď v mnohých prípadoch nedochádzalo k priamej diskriminácii, ako napríklad horšia liečba černochov, ale môže k tomu dochádzať nepriamo, napríklad keď stres či iné ťažké podmienky, s ktorými sa stretávajú ľudia určitej rasy, môžu zvýšiť šancu ochorenia. Cardoso (2005) sa vo svojej štúdii ohľadom dojčenskej úmrtnosti podľa rasy a farby pleti v Brazílii zmieňuje, že výskumy ohľadom rasy/farby pleti ako faktoru determinujúceho nerovnosť postupne v Brazílii pribúdajú, ale ešte stále ich nie je dostatok na to, aby dostali tento problém do povedomia bežnej populácie.

Iným autorom zaoberajúcim sa rasou/farbou pleti a s tým spojenou nerovnosťou v zdravotníckom prostredí je Cunha (2005), ktorého výskum sa zameriava na rasové nerovnosti v zdravotníckych službách u žien počas prenatálneho obdobia a pri pôrode v rokoch 1999 až 2001. Toto časové vymedzenie je úzko spojené s udalosťou v roku 1999, kedy bola po prvýkrát zavedená do štátnych databáz premenná „rasa“. Autor sa snaží poukázať na nepriaznivú situáciu černošských a mulatských žien v porovnaní s beloškami, zobrazujúc diskrimináciu nielen voči farbe pleti, ale aj voči úrovni vzdelania. Zároveň autor tvrdí, že diskusia ohľadom rasových vzťahoch, nerovnostiach a zdravia ešte len veľmi pomaly začína stúpať do povedomia v Brazílii. Zatiaľ

neexistuje mnoho literárnych zdrojov ohľadom tejto tematiky, ale pozitívne polemizuje, že od vtedy ako bola premenná „rasa“ zahrnutá do štátnych databáz, literatúry a výskumov začalo pribúdať. Preto sa aj sám zameral vo výskume na tejto oblasti. Zvolenou metódou bol terénny výskum v Rio de Janeiro s počtom vzorku 9633 tehotných žien. Z celkového počtu bolo 51,9% belošiek, 29% mulatiek a len 19% černošiek. Výskumníci mali pripravený dotazník pre matky už krátko po pôrode. Okrem iného mali preštudované lekárske predpôrodné záznamy. Otázky v dotazníku boli otvorené, okrem dotazu na farbu pleti, tam mali na výber z 4 možností: biela, čierna, mulatská, žltá. Z výskumu vyplynulo viacero skutočností, ktoré sa vyskytujú u žien černošiek a mulatiek, z čoho najvýznamnejšie sú nasledovné:

- väčší podiel tehotných maloletých
- nižšia úroveň vzdelania
- nižší podiel platených pracovníkov
- menej tehotných mamičiek, ktoré žijú s otcom
- vyššie percento pokusov o potrat
- viac prípadov agresie v priebehu tehotenstva
- fajčenie v tehotenstve vo väčšej miere
- nižší podiel adekvátnej prenatálnej starostlivosti
- ťažšia prístupnosť pri hľadaní pomoci
- menší prístup k anestézii

Okrem vymenovaných faktorov existujú aj iné, avšak samotný autor dodáva, že je veľmi ťažké robiť analýzu objektívne, pokiaľ sa percentuálne hodnoty zastúpenia belošiek a černošiek aspoň trochu nepriblížia. Autorovi ide v tomto výskume hlavne o to, aby našiel súvislosti medzi farbou pleti, úrovňou vzdelania a nasledovne sociálno-ekonomickými podmienkami.

Koniec koncom najväčším zámerom tohto výskumu bolo poukázať na význačnosť kategórie „rasa“ a jej vplyv, hlavne sprostredkovaný, na zdravie jednotlivca. Už len samotný stres zo skúsenosti rasizmu môže mať negatívne dôsledky, ako napríklad: zvýšené rizikové správanie a s tým súvisiace požívanie alkoholu a drog, zvýšené riziko chorôb ako je vysoký krvný tlak alebo narodenie detí so zníženou priemernou hmotnosťou. Všetky vyššie vymenované skutočnosti sú dostatočným dôvodom na zviditeľnenie tejto problematiky a to nielen na výskumnej úrovni, ale preniesť poznatky do bežného každodenného života.

II. VÝSKUMNÁ ČASŤ

5. Výskumný problém

V mojej práci sa zameriavam na možný vplyv psycho-sociálnych determinantov na vzťah doktor - pacient a následné vplývanie na psychický a fyzický stav pacientov a celkovo na kvalitu zdravotníckych služieb.

Cieľom výskumu je získať a popísať vedomosti, názory a postoje doktorov v bežnej praxi ohľadom vzťahu medzi etnickými/rasovými vzťahmi, rasovou diskrimináciou a nerovnosťami v zdravotníctve v Brazílii.

Môj výskum spadá do projektu „Psychológia rasových a etnických vzťahov“, ktorý bol vyvinutý profesorom Alessandro de Oliveira dos Santos pôsobiacim na Univerzite Sao Paulo. Zámerom celej línie projektu je dokázať, že premenné rasa a etnikum sú relevantné nielen v štúdiu psychológov, ale aj medikov a mali by tak byť zahrnuté do ich osnov počas celého štúdia.

Zaujímam sa hlavne o lekársky prístup k otázkam ohľadom nerovnosti vychádzajúcich z rasovo/etnických vzťahov, takisto ako otázkou dôležitosti pozitívnej identifikácie pacienta ovplyvňujúca jeho liečbu.

Vzhľadom na špecifickú zameranosť výskumu, pristupujem k nemu kvalitatívne, čo mi dovolí lepšie interpretovať realitu. Nesnažím sa teda o zovšeobecnenie na populáciu, ale hľadám špecifické a opakujúce sa myšlienky u medikov. Kvalitatívna metóda mi dovoľuje lepšie nazrieť na konkrétny problém a nezanedbať tak určité detaily, ktoré by mohli byť podstatné na zodpovedanie výskumných otázok.

5.1. Ciele výskumu

Za cieľ mojej práce považujem vyzdvihnutie dôležitosti vzťahu doktora a pacienta a vplyv psycho-sociálnych premenných ako rasa a farba pleti. Zároveň chcem popísať, ako sa farba pleti pacientov objavuje v popise každodennej praxe lekárov.

Špecifické ciele výskumu sú nasledujúce:

- Opísať, čo doktori považujú najdôležitejšie na zaručenie dobrej a kvalitnej konzultácie.
- Zistiť ako doktori vnímajú svoje štúdium ohľadom sociálnych determinantov v procese zdravie - choroba, najmä rasové a etnické vzťahy.
- Zistiť a popísať prípadné predsudky či prejavy rasizmu u doktorov a ich príčiny.
- Opísať ako chápu svoju rasovú identitu.

Hlavným cieľom je teda pochopiť pohľad doktorov na vzťah doktor - pacient a zistiť, ktoré psycho-sociálne premenné vstupujú do tohto vzťahu a v akom zmysle naň vplývajú. Verím, že sa spolu so stanovenými cieľmi vynoria aj ďalšie otázky, ktoré by mohli dať návrh na budúce výskumy.

5.2. Východiská a typ výskumu

Ako som už spomínala, v mojej práci mi nejde o zovšeobecnenie platnej teórie na danú tematiku, ale o nájdenie nových špecifických fenoménov, ktoré by mohli byť pri uplatnení kvalitatívnej metódy opomenuté. Podľa Hendla (2005) existuje mnoho spôsobov, ako robiť kvalitatívny výskum a zároveň môžeme nájsť aj viacero definícií. Glaser a Corbinová (dle Hendl, 2005) považujú kvalitatívny výskum za akýkoľvek výskum, pri ktorom neboli použité žiadne štatistické metódy na dosiahnutie výsledkov. Od takejto negatívnej definície sa odklonil metodológ Creswell (dle Hendl, 2005, s. 50) a naopak chápal kvalitatívny výskum ako „proces hľadania porozumenia založený na rôznych metodologických tradíciách skúmania daného sociálneho alebo ľudského problému“.

Kvalitatívny výskum sa taktiež považuje za pružný typ výskumu, čo znamená, že je možné dopĺňať či obmieňať výskumné otázky počas jeho priebehu. V mojej práci sa zameriavam na fenomény vyskytujúce sa v prirodzenom prostredí a v každodennom kontexte. Práve kvalitatívny výskum mi môže poskytnúť informácie prečo sa dané fenomény objavili (Hendl, 2005). Zároveň by mal kvalitatívny výskum v sociálnych vedách prispievať k riešeniu reálnych problémov v spoločnosti (Miovský, 2006), o čo sa taktiež snažím v mojej práci.

5.2.1. Subjektivita kvalitatívneho výskumu

Je dôležité mať na pamäti, že do výskumu vstupujú všetky osoby vrátane výskumníka so svojou celou osobnou históriou a v kvalitatívnom výskume je vyslovene nemožné zaručiť objektivitu (Miovský, 2006). Má to svoje výhody aj nevýhody. Z výhod by som vyzdvihla hlavne jeho hĺbkové zameranie a teda výskumník nezostáva len na povrchu problému, ale získava podrobné informácie o skúmanej tematike (Hendl, 2005). Nevýhodou subjektivity kvalitatívnych metód je najmä nemožnosť zovšeobecniteľnosti na populáciu a tiež ľahkosť ovplyvniteľnosti výsledkov výskumníkom. Je to spôsobené tým, že výskumník zostáva v tomto procese aktívny a podieľa sa na hľadaní hypotéz a záverov. Môj výskum spadá do oblasti sociálnej psychológie zaoberajúcej sa vzťahmi a sociálnymi väzbami medzi jednotlivcami, považujem za dôležité uvedomiť si výhodu subjektivity kvalitatívneho výskumu.

Podľa Miovského (2006) takisto ako neexistuje nezávislý výskumník, ktorý by nebol súčasťou sociálno-psychologických a iných procesov, tak neexistuje ani nezávislý výskum. Autor je toho názoru, že každý výskum vplýva na skúmaný proces a to buď priamo alebo nepriamo. V mojej práci, ktorá je súčasťou väčšieho projektu ohľadom rasových a etnických vzťahov a vplyve na zdravie, ide hlavne o upozornenie dôležitosti zaoberať sa týmito skutočnosťami. Ďalším zámerom sa okrem výskumných cieľov stáva práve nepriamy vplyv na myslenie doktorov a snaha o iniciáciu zmeny niektorých postojov.

6. Metodológia výskumu

6.1. Výskumná vzorka

Podľa zamerania práce na vzťah doktora a pacienta, výskumnú vzorku tvorili doktori z oborov: všeobecná medicína, chirurgia, pediatria a preventívna medicína. Vzhľadom na špecifickú zameranosť výskumu a snahu odhalenia určitých fenoménov vyskytujúcich sa u mladých medikov, jediným kritériom bol vek. Doktori budú mať ešte dostatočne v pamäti svoje štúdium a nebudú ovplyvnení každodennou praxou.

Pred uskutočnením výskumov a ich metód, v tomto prípade rozhovoru, je v Brazílii nutné prejsť etickou komisiou. Po jej schválení som spoločne s výskumným tímom oslovila doktorov z Fakultnej nemocnice Univerzity Sao Paula, ktorí potom informovali o výskume svojich kolegov. Takáto metóda výberu vzorku sa nazýva *lavínový výber* alebo v anglicky hovoriacich krajinách *technika snehovej gule* (Ferjenčík, 2000). Po získaní prvých kontaktov som vytriedila nositeľov požadovaného znaku, ktorí mi naďalej sprostredkovali kontakt na ostatných spadajúcich do stanovených kritérií.

V konečnom dôsledku som použila na analýzu a následnú kategorizáciu osem rozhovorov, pretože už v rátane nasledujúcich sa niektoré javy opakovali a teda došlo k teoretickej saturácii. Vzorku tvorilo päť žien a traja muži, všetci boli mladí doktori v rozpätí dvadsaťdva až tridsať rokov, ktorí ukončili štúdium len pred pár rokmi, a tak si ešte zreteľne pamätajú svoje skúsenosti počas štúdia aj počas praxe. Podrobné zobrazenie sa nachádza v tabuľke 1. Chcela som sa vyhnúť vplyvu rutiny v lekárskych praktikách a znížiť možnosť vplyvu automatickosti pri ošetrovaní alebo stanovení liečby.

Tabuľka 1 – *Profil dotazovaných*

Respondent	Pohlavie	Vek	Rasa/farba pleti
1	Žena	28	beloška
2	Žena	27	beloška
3	Žena	22	beloška
4	Žena	29	beloška
5	Žena	28	beloška
6	Muž	30	beloch
7	Muž	30	beloch
8	Muž	27	beloch

6.2. Etické aspekty

Pred samotným začiatkom rozhovorov, boli všetci respondenti plne informovaní o výskume a jeho cieľoch a zámeroch a poskytli nám informovaný súhlas. Podľa Miovského (2006) je to nutné a všeobecné pravidlo akéhokoľvek výskumu. Zároveň som ich ústne aj písomne uistila o tom, že účasť na výskume je dobrovoľná a všetky odpovede budú anonymné.

Respondentom bolo oznámené aj to, že rozhovory budú nahrávané na diktafón a získané dáta použité na účely tohto výskumu. Podľa Silvermana (2005) počiatočný súhlas hlavne v prípade nahrávok nemusí postačovať a je dôležité ubezpečiť respondentov, že záznamy budú použité len s ich súhlasom a to iba takými spôsobmi, akými nám to povolia.

Rovnako som respondentom oznámila, že môžu kedykoľvek od výskumu odstúpiť, svoju účasť prerušiť alebo ukončiť. V mojom výskume ide o takzvané citlivé osobné údaje (Miovský, 2006), ktorými sú informácie o rasovom a etnickom pôvode. Všetkých účastníkov som uistila o ochrane ich súkromia a osobných údajov.

6.3. Metódy získania dát

Podľa Ferjenčíka (2000, s. 171) predstavuje rozhovor „sprostredkovaný a vysoko interaktívny proces získavania dát“. V mojom výskume sa snažím o získavanie takých dát, akými sú postoje či názory a aktívne sa na výskume podieľam, práve preto som zvolila metódu rozhovoru. Takáto metóda samozrejme má aj svoje nevýhody. Sú nimi napríklad sprostredkovanosť získaných informácií a komunikačné problémy vplývajúce na prenos zakódovaných informácií.

Mojou snahou bolo zaistiť rovnaké podmienky pre respondentov a preto som zvolila štruktúrovaný rozhovor s otvorenými a zatvorenými otázkami. Je náročnejší na prípravu v porovnaní s neštruktúrovaným alebo pološtruktúrovaným rozhovorom, ale redukuje pravdepodobnosť, že sa získané dáta budú priveľmi štruktúrne líšiť (Hendl, 2005).

Nevýhodou štruktúrovaného rozhovoru je pevne dané schéma, ktoré dáva malý priestor na uplatnenie individuality výskumníka. Tento fakt som sa snažila obmedziť tým, že som sa pri alternatívnych či otvorených otázkach pýtala na príčiny danej odpovede.

6.3.1. Štruktúra rozhovoru

Podkladom pre tvorbu rozhovoru boli hlavne štúdie od Bento (2002) a Santos (2009). Na základe ich poňatia inštitucionálneho rasizmu a rasovej diskriminácie budú analyzované dáta získané z rozhovorov. Budem sa snažiť pozorovať, či dôjde k vyskytnutiu fenoménu, ktorý bol pozorovaný autormi a síce na jednej strane podceňovanie černošskej identity a na druhej strane preceňovanie a vyzdvihovanie belošskej identity.

Podľa Bento (2002) symbolické ale aj konkrétne privilégium belosti ju činí teritóriom mlčania, odmietnutia, zákazu, neutrality, strachu alebo výsady. Okrem iného zdôrazňuje, že sa jedná o ideologický rozmer v plnom zmysle tejto ideológie.

Čo sa týka inštitucionálneho rasizmu, Santos (2009) tvrdí, že môže fungovať bez toho, aby došlo k prerušeniu systému, v tomto prípade zdravotného systému, či bez toho, že by jeho príčinou boli očividné predsudky a zaujatie.

V mojom záujme je pozorovať, či existuje takáto skrytá rasová diskriminácia, ako je opísaná v oblasti štúdie inštitucionálneho rasizmu. Je známe a jasné, že k zmenám vyskytujúcich sa podmienok černošských obyvateľov len tak nedôjde, a preto je nevyhnutné investovať do zmien v inštitúciách.

Bento (2002) takisto zdôrazňuje, že dôležitým faktorom pri téme rasizmu je aj rasa a farba pleti výskumníkov respektíve dotazovateľa. Skúsenosti dokazujú, že farba pleti/rasa/etnikum sú dôležité faktory vplývajúce na interakciu výskumník – respondent, majú vplyv na dôveru respondentov. Gilliam (dle Carone, 2007) je toho istého názoru a potvrdzuje, že v rozhovore medzi výskumníkom a respondentom je dôležitá rasová rovnakosť.

Otázky rozhovoru sa vzťahujú na nasledujúce oblasti:

- Profil respondenta: vek, farba pleti, vzdelanie, lekárske zameranie.
- Úroveň znalostí a kontaktu ohľadom špecifík černošskej populácie a ohľadom sociálnych determinantov (rasa, farba pleti, etnikum, chudoba) nadobudnutých počas celého medicínskeho vzdelávania.
- Chápanie vzťahu medzi doktorom a pacientom.

- Vlastné alebo pozorované lekárske skúsenosti ovplyvnené faktormi ako rasa, farba pleti, pohlavie i inými psycho-sociálnymi determinantmi vo vzťahu doktor – pacient a skúsenosti zo starostlivosti o pacienta.

Aj napriek tomu, že rozhovor mal pevnú štruktúru, podľa ktorej sa riadil, prebiehal celkom voľne, počnúc všeobecnými informáciami o danom dotazovanom, cez jeho študijnú a kariérnu dráhu a skúsenosťami ohľadom daných sociálnych determinantov, ktoré respondent nadobudol v priebehu vzdelania, praxe a neskôr práce. V prípade potreby boli pridané doplňujúce otázky, ktoré mi pomohli dostať sa bližšie k danej problematike.

Celkový čas rozhovoru sa pohyboval v rozmedzí 30-60 minút, v závislosti od výrečnosti dotazovaného.

Z hľadiska technického zabezpečenia nebol výskum náročný, bol použitý diktafón na nahrávanie rozhovoru a následne osobný počítač na prepísanie tzv. transkricipciu nadobudnutých dát.

6.4. Metódy spracovania dát

Doslovná transkripcia

Je to proces presného prevodu nadobudnutých dát do písomnej podoby (Hendl, 2005). Tento proces je nielen časovo veľmi náročný, ale aj komplikovaný zo stránky porozumenia. Samozrejme aj tu je na prvom mieste zachovanie anonymity v rámci etiky. Rozhovory som prevádzala v portugalskom jazyku a taktiež transkripcia bola prevedená v pôvodnom jazyku. Priemernou časovou dĺžkou rozhovoru bolo 45 minút, každý prepis vyšiel zhruba na 30 normostrán. Prekladala som len časti použité na ďalšiu čiastočnú analýzu a na nasledovnú kategorizáciu.

Metóda zakotvenej teórie[8]

Podstatou tejto metódy je fakt, že nezačína teóriou, ktorú by sa snažila overiť, ale začína skúmanou oblasťou a hľadaním fenoménov, výskumník čaká na objavenie sa

[8] V pôvodnom názve „Grounded Theory“ vyvinutá autormi Glaser a Strauss (Miovský, 2006) a neskôr modifikovaná Straussom a Corbinovou (Hendl, 2005)

nového významného javu počas výskumu, bez toho, že by ho predtým nejako označil (Miovský, 2006).

Podľa Hendla (2005, s. 243) je zakotvená teória „návrhom hľadania špecifickej substantívnej teórie, ktorá sa týka istým spôsobom vymedzenej populácie, prostredia alebo doby“. Je to teória, ktorá nie je založená na dedukcii, ale je odvodená z procesu skúmania javu indukciou. Z toho vyplýva, že vyskytujúce javy sa objavujú v procese skúmania, výskumník zhromažďuje údaje, ktoré sa však v procese analýzy môžu pozmeniť. Platí tu obojstranný vplyv týchto javov a procesu analýzy na nadobudnutú teóriu (Miovský 2006).

Základné tri prvky zakotvenej teórie sú **koncepty**, ktoré môžeme nazvať aj teoretické pojmy a ktoré tvoria základné jednotky analýzy. Na abstraktnejšej a teda vyššej úrovni ako koncepty sú **kategórie**, ktoré predstavujú jadro teórie, sú „základnými kameňmi vznikajúcej teórie“ (Hendl, 2005, s.244). Integráciu teórie dosiahneme práve prostredníctvom kategórií. Vzťahy medzi konceptmi a kategóriami a medzi kategóriami navzájom sa nazývajú **propozície**[9]. Počas celého procesu analýzy sa vzniknuté koncepty porovnávajú spolu s kategóriami a určujú sa vzájomné vzťahy medzi nimi. Dochádza k trom druhom kódovania:

Otvorené kódovanie: dochádza tu k identifikácii hlavných tém výskumu zatiaľ na nízkej abstraktnej úrovni a ich lokalizácií v texte. Je to počiatočný priechod cez získané dáta. V tomto druhu kódovania výskumník zoraďuje hlavné témy, aby sa v nich lepšie vyznal a je dôležité, aby postupne navrhoval stále abstraktnejšie kategórie (Hendl, 2005).

Axiálne kódovanie: na rozdiel od otvoreného kódovania, kde je najdôležitejšie hľadanie nových kategórií, v axiálnom kódovaní ide o nájdenie nových väzieb medzi kategóriami a subkategóriami a spájať tak pojmy rozličnými spôsobmi (Miovský, 2006). Počas tohto typu kódovania výskumník zvažuje interakcie, podmienky, príčiny, dôsledky a rôzne stratégie, ktorými sa prepájajú jednotlivé kategórie (Hendl, 2005).

Selektívne kódovanie: zobrazuje ďalšiu fázu skúmania získaných dát. U tohto typu kódovania ide o hľadanie novej teórie a teda výskumník hľadá hlavné kategórie a témy, ktoré budú tvoriť jej jadro (Hendl, 2005). Celkový postup

[9] Pôvodne nazývané hypotézy, ale keďže hypotézy vyžadujú merané vzťahy, bol názov zmenený na propozície, ktoré sú založené na konceptuálnych vzťahoch (Hendl, 2005)

interpretácie dát bude ukončený v tom momente, kedy dôjde k teoretickej saturácii[10].

V mojom výskume som postupovala analyticky a v počiatočnej fáze som viackrát podrobne preštudovala jednotlivé rozhovory. Na začiatku som hľadala spoločné vlastnosti v jednotlivých častiach respektíve okruhov otázok rozhovoru. Pri alternatívnych otázkach, kde bola možnosť zodpovedať na troch až štyroch úrovniach, určujúcich aký vplyv má konkrétny fenomén na danú situáciu, som odvodila silu vplyvu a teda prislúchajúcu dimenziu.

V prvotnej analýze som sa snažila zachytiť zhodné výpovede respondentov, ktoré majú rovnaké zameranie a podľa pojmov najčastejšie sa vyskytujúcich som ich zlúčila do kategórií. Príčinou týchto vyskytujúcich sa javov boli ďalšie pojmy, ktoré tvorili subkategórie.

V konečnej fáze som sa pokúsila nájsť hlavný vzťah medzi kategóriami a subkategóriami a kategóriami navzájom a to v rámci analýzy rozhovorov. Nesnažila som sa zamerať na podrobné selektívne kódovanie, ale išlo mi hlavne o odhalenie hlavných javov – kategórií a ich príčin.

7. Výsledky analýzy

Po niekoľkonásobnom prečítaní transkripcie získaných rozhovorov som určila štyri hlavné kategórie, ktoré boli podobné s názvami jednotlivých častí štruktúrovaného rozhovoru. Tými kategóriami sú nasledujúce:

1) Vzťah doktor - pacient
2) Medicínske štúdium
3) Etnicko-rasové vzťahy a seba-identifikácia
4) Predsudky a diskriminácia

Naďalej by som chcela popísať vyššie vymenované kategórie a určiť významné faktory ich vplyvu, ktoré tvoria subkategórie.

[10] Je to moment v ktorom žiadné iné kódovanie neprináša nové poznatky (Hendl, 2005).

7.1. Vzťah doktor -pacient

Na lepšie porozumenie dynamiky lekárskej konzultácie a celkovej zdravotnej starostlivosti, som sa snažila ako východiskový bod pochopiť, aké je ponímanie medikov ohľadom jednotlivých častí konzultácie a ohľadom vzťahu doktor – pacient, ktoré premenné tento vzťah ovplyvňujú a kde sa nachádzajú na dimenzii dôležitosti.

Kvôli tomu boli stanovené dve otvorené otázky a jedna zatvorená. Prvou otvorenou otázkou bolo vymenovať dôležité elementy, ktoré by zabezpečili dobrú lekársku konzultáciu, zatiaľ čo druhou bolo popísať charakteristiky dobrého pacienta[11].

Pozorujúc dosiahnuté odpovede, je možné vyvodiť, že pre všetkých medikov je extrémne dôležitá kvalitná a dobrá *komunikácia* s pacientom, určité spojenie, *vzťah dôvery a úprimnosti*, aby tak navrhovaná liečba bola v súlade s pacientovými požiadavkami. Príkladom sú nasledujúce úryvky dotazovaných:

Respondentka 1: *„Myslím si, že dobrý pacient, je taký, čo pracuje s medikov v jednom tíme, tak aby veril, ale nie v takom zmysle, že by sa na nič nepýtal a vôbec by nepochyboval, na to má pacient právo, ale aby sa spoliehal na to, čo mu navrhujete, chápete"?*

Respondentka 4: *„Dobrá komunikácia je predôležitá! (...) A dobrý pacient? To je teda otázka! Pacient, ktorý dodržiava liečbu. Taký, čo naozaj zmení životný štýl, spôsob stravovania, cvičí, berie pravidelne lieky a dosiahne ciele liečby"*.

Respondentka 5*: „Dobrý pacient? Ideálny pacient je taký (...), s ktorým môžete viesť plnohodnotnú komunikáciu"*.

Respondent 6*: „(...) myslím si (...) úprimnosť, nie?! Z obidvoch strán, takisto zo strany pacienta ako doktora (...) čestnosť a dôvera"!*

Respondent 7: *„Pretože niekedy vaše vysvetlenia idú iba do bodu, do ktorého pacient rozumie. Nemá žiaden zmysel vyvaľovať medicínsku terminológiu pre niekoho, kto je semi-alfabet a čakať, že vám bude rozumieť"*.

Respondentka 2: *„Myslím si, že konzultácia má svoju technickú časť, ale príznaky sa nedajú identifikovať bez lepšieho alebo kvalitnejšieho počúvania pacienta, ktoré otvára široké možnosti na to, aby sme zistili pravý dôvod toho, prečo sem prišiel, mimo toho technického"*.

„(...) dobrý pacient (...) myslím si, že všeobecne v mysli doktorov, by mal byť akousi ovečkou, ktorá bude nasledovať našu orientáciu".

[11] V Prílohe dodávam celkovú štruktúru rozhovoru

Z posledného vyjadrenia plynie určitá kontradikcia a síce, na jednej strane si dobrý vzťah doktora a pacienta vyžaduje kvalitnú komunikáciu a obojstranné počúvanie, ale na druhej strane je ideálny pacient taký, ktorý by mal byť „ovečka" a teda poslúchať doktora. Tento údaj beriem ako podstatný, ktorý nás môže zaviesť k otázke všeobecného zmýšľania doktorov a vplyv ich štúdia na ich rozmýšľanie a tvorenie úsudkov. Tento fakt však bude rozobratý neskôr v ďalšej kapitole.

Okrem týchto dôležitých faktorov vplývajúcich na vzťah doktor a pacient respondenti zdôraznili aj významnosť *komplexnej starostlivosti* a úplnej *pozornosti na pacienta*, ktorá sa nezameriava len na chorobu alebo jeho sťažnosti, ale na *pacienta ako na celok* a na jeho prípadné požiadavky, ktoré môžu byť základom problému.

Respondentka 4: *„Komunikáciu je treba brať do hĺbky. Očný kontakt, empatia, vžiť sa do pacientovej situácie a dívať sa na to z jeho pohľadu, inak to fakt nejde. (...) Záujem o to, čo pacient cíti a myslím si, že akási schopnosť vidieť okrem toho, čo vám pacient hovorí, aj to čo zo sebou naozaj prináša. V skutočnosti, nie vždy sem príde s tým, že vám povie to, čo potrebuje povedať. Sťažnosť môže byť pre neho to najdôležitejšie, ale v skutočnosti to čo za tým stojí, sú iné veci a ak nemáte schopnosť dostatočnej empatie, nemusíte na to prísť"*.

Respondentka 5: *„Je ľahké robiť diagnostiku (...) ale prvá vec, ktorú si ja osobne myslím, že je najťažšie pochopiť je, prečo sa táto osoba nachádza na tomto mieste v tomto momente (...), myslím, treba si dať všetko ohľadom pacienta do súvislosti, aby sme pochopili, čo tam robí, čo hľadá a takto môžete vytvoriť s pacientom určité puto"*.

Ako som vyššie spomenula, okrem dvoch otvorených otázok bola položená aj jedna uzatvorená s možnosťou alternatívnych odpovedí so zoznamom položiek, ktoré môžu ovplyvňovať kvalitu dobrej lekárskej konzultácie pričom respondent mal klasifikovať vplyv daného fenoménu na dimenzii ovplyvňuje veľmi – neovplyvňuje. V nasledujúcej tabuľke sú uvedené frekvencie odpovedí.

Tabuľka 2 – *Jednotlivé prvky kvalitnej lekárskej konzultácie*

Premenná	Vplyv			
	Veľký	Stredný	Malý	Žiaden
Miesto a podmienky konzultácie	XXXX	XXX	X	
Psychologické faktory pacienta: očakávanie, strach, úzkosť	XXXXXXX	X		
Predchádzajúce skúsenosti pacienta s inými doktormi	XXXXXXXX			
Prvý dojem z pacienta	XXXX	XXX	X	
Psychologické faktory doktora: stres, úzkosť, frustrácia	XXXX	XX	XX	
Lekárska odborná skúsenosť s chorobou alebo so zranením	XXXX	XXX	X	
Kvalita komunikácie doktora s pacientom	XXXXXXXX			
Znalosť pacienta ohľadom choroby alebo zranenia	XX	XXXXX	X	

Údaje z tabuľky potvrdzujú informácie získané z otvorených otázok. Najväčším vplyvom na dobré fungovanie vzťahu medzi doktorom a pacientom majú predchádzajúce skúsenosti s inými doktormi a kvalitná komunikácia doktora s pacientom. Niektorí respondenti dokonca dodali, že kvalitná komunikácia je „extrémne dôležitá."

Výrazný vplyv zaznamenali aj psychologické faktory pacienta spolu s prvým dojmom z pacienta, kde opäť respondenti dodávali poznámky ako napríklad „V niektorých veciach existujú predsudky". O výskyte predsudkov budem pojednávať v ďalšej podkapitole.

Je možné vyvodiť, že doktori si uvedomujú, ako veľmi je dôležité brať pacienta ako celok, v aspektoch takisto subjektívnych ako objektívnych, nadviazať puto dôvery a čestnosti a rozvíjať úprimnú, otvorenú konverzáciu s pacientom. Otázne je, či to naozaj funguje aj v lekárskej praxi, a či sú lekári dostatočne pripravení konať takýmto spôsobom. Ďalšia kapitola sa zaoberá práve touto otázkou a síce akademickou prípravou doktorov na budúcu prax.

7.2. Medicínske štúdium

V rozhovore som sa zamerala na tematiku štúdia medicíny z dvoch hľadísk. Z prvého hľadiska som položila všeobecnú otázku ohľadom medicínskeho vzdelávania a spýtala som sa, aké aspekty by respondent zdôraznil ako najrelevantnejšie počas svojho štúdia. Z druhého hľadiska som sa osobitne zamerala na riešenie sociálnych otázok počas štúdia a následne som vymenovala konkrétne sociálne determinanty. Otázkou pre respondentov bolo, či a ako boli tieto determinanty zahrnuté do ich štúdia.

Vo všeobecnosti, bolo možné vidieť, že všetci dotazovaní prikladajú veľkú hodnotu *metódam a praktikám svojich profesorov a doktorov*, s ktorými sa stretli počas štúdia. Berú ich mnohokrát za svoje vzory.

Respondentka 1: *„Profesori, ktorí ma inšpirovali, ktorí mi dali príklady, ktoré nasledujem (...), ktorí vykonávali lekársku prax, ktorú som obdivovala. (...) Môj otec je pediater, bol mi veľkým príkladom, tiež som mala jedného profesora, bol to chirurg a ten ma veľmi inšpiroval taktiež“*.

Respondent 6: *„Na medicínske štúdium? Neviem, či nájdem niečo špeciálne. Myslím si, že jedným dobrým príkladom sú ľudia, ktorí prispeli k nášmu vzdelaniu (...) dobrí profesori (...) a dobrí lekári taktiež, myslím si, že toto prispieva veľmi na dobré vzdelanie“*.

Takmer všetci opýtaní poukazovali na dôležitý bod, ktorým bola *praktická časť* v zmysle *supervízie* pod dohľadom profesorov.

Respondentka 5: *„(...) mali sme také praktické skupiny, chodili sme pozorovať konzultácie s pacientmi, potom sme o tom diskutovali, v tú dobu sme mali nad sebou supervízorov doktorov. Bolo to úplne super, dalo nám to iný druh inšpirácie, všetkých nás to strašne bavilo (...) bolo to veľmi dôležité“*.

Iní respondenti zaznamenali ako dôležité *priamy kontakt s pacientom*.

Respondentka 3: *„Myslím si, že úplne najdôležitejšie bola naozaj praktická časť. Teória je časťou výučby (...), ale každodenný kontakt s pacientom je iná vec. Toto vás naozaj robí doktorom, priamy kontakt s pacientom“*.

Respondent 7: *„Myslím si, že najrelevantnejšou časťou nie len keď sa už stávate doktorom, ale hlavne počas štúdia je keď sa dostanete do priameho kontaktu s nemocnicou, teda s pacientom“*.

Príkladom jasného vplyvu dobrého profesora alebo dohliadajúceho odborníka v tomto prípade doktora, je odpoveď respondentky 4. Síce nezodpovedala priamo na vyššie uvedené otázky, ale vyjadrila svoj názor, keď jej bola položená otvorená otázka ohľadom dobrej scény z každodennej medickej praxe. Odpovedala nasledovne:

„Bola som v štvrtom ročníku na medicíne. Mala som pacientku s pokročilou a nevyliečiteľnou rakovinou pankreasu, spolu s doktorom sme ju spoločne vyšetrovali. Mala som možnosť s ňou byť až do konca. (...) Keď sme jej mali oznámiť diagnózu, bol to práve tento doktor, ktorého som veľmi obdivovala. Je to osobnosť veľkolepá aj ako doktor aj ako človek. (...) Oznámil jej to takou dokonalou, krásnou formou a hneď ako dokončil, tak sa ma spýtal, mňa ako študentky štvrtého ročníka, či to podal adekvátne. (...) Pamätám si, že bol extrémne ľudský, a proste, rešpektoval všetky momenty pacienta, (...) dokázal jej to vysvetliť jasne a s toleranciou (...) pre mňa sa on stal nejakým dokonalým modelom správneho doktora“.

Z vyššie uvedených výpovedí je možné usúdiť, že táto kategória medicínskeho vzdelania na jednej strane ukazuje, že existuje možnosť zmeny kvality humánnej stránky štúdia medikov. Muselo by sa odvíjať od informovanosti a prípravy profesorov, aby tak rozvíjali ľudskú starostlivosť nielen v svojej činnosti, ale aby ju prenášali aj na svojich študentov.

Na druhej strane však z odpovedí plynie, že mnohé dôležité aspekty neboli zaradené do vzdelávania medikov a boli tak ponechávané až na skúsenosť z praxe a na intuíciu. Lekárske vzťahy sú veľmi komplexné a je potrebné ich ovládať v praxi. Preto je nevyhnutné mať dobrý teoretický základ, ktorý by bol schopný pripraviť mladých lekárov na riešenie podobných situácií.

Na presnejšie zistenie zastúpenia špecifických sociálnych tém v študijných osnovách medikov som zvolila zatvorenú otázku s alternatívnou možnosťou odpovede. Presnejšie som sa pýtala na témy chudoba, pohlavie, rasa a náboženstvo a ich zastúpenie vo vzdelávaní. Výsledky uvádzam v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka 3 – *Zastúpenie jednotlivých sociálnych tém v medicínskom štúdiu*

Témy	Úroveň výskytu počas štúdia		
	vysoká	stredná	Nízka/Žiadna
chudoba		X	XXXXXXX
pohlavie	XX	X	XXXXX
rasa		X	XXXXXXX
náboženstvo	XXX	XX	XXX

Žiadna zo sociálnych tém nebola vyložene vysoko zastúpená v štúdiu medikov. Jediné dve témy, ktoré mali výskyt vysokej úrovne, bolo pohlavie a náboženstvo, ale to tiež len v rámci rozličnosti výskytu chorôb alebo v rámci upozornenia na náboženské výnimky spojené s možným odmietnutím liečby.

Respondent 8: *„V mojej oblasti som sa stretol s veľa svedkami Jehovových a bolo treba vedieť, že si nedajú spraviť transfúziu. Ale počas štúdia na fakulte nič (...) nespomínam si na vyložené zameranie sa na náboženstvo a ostatné“*.

Respondentka 2: *„Napríklad, hypotyreóza, učili sme sa, že sa viac vyskytuje u žien ako u mužov. Ale že by sme mali nejaký predmet ohľadom pohlavia, to nie“*.

Témy chudoba a rasa sa najmenej vyskytovali v štúdiu medikov. Všetci opýtaní sa zhodli na tom, že síce sa táto tematika mohla objaviť v rámci upozornenia napríklad na špecifický druh ochorenia vyskytujúci sa viac u jednej alebo inej rasy, ale samostatne tieto témy neboli zaradené do študijných osnov.

Respondent 8: *„Etnické alebo rasové poznanie? Hm (...) Nie. Jak by tak možno nejaká hodinka v rámci ďalších milión predmetov“*.

Respondentka 2: *„Vo všeobecnosti to bolo zahrnuté v rámci predmetu o kolektívnom zdraví (...) no špecificky nie, nespomínam si“*.

Respondent 7: *„Preberali sme nejaké príznaky, ktoré determinujú vyskytnutie sa chorôb závisiacich od rasy. (...) ale ako systematický prístup k otázke rasy si nepamätám“*.

Z vyššie uvedených výsledkov je možné vyvodiť záver, že v skutočnosti je badateľná medzera v humanitných oboroch v rámci štúdia medicíny. Aj keď sa v akademických osnovách vyskytujú, nedokážu poskytnúť adekvátny prístup k tematikám, ktoré majú očividný význam pri priamom kontakte s pacientom.

Taktiež je zreteľné, že samotní doktori cítia nedostatok humanitných predmetov v rámci štúdia, čo môže neskôr negatívne vplývať na kvalitu vzťahu doktora s pacientom. Je veľmi dôležité vytvorenie pevného puta prostredníctvom dobrej komunikácie a dôvery. Existujú teda veľké medzery vo vzdelávaní lekárov, ktoré majú nepochybný vplyv na ich neskoršie profesionálne pôsobenie v praxi.

Vzhľadom k nesúladu medzi očakávaniami ohľadom roly doktora a vzdelaním, ktoré mu je ponúknuté, je pravdepodobné, že sa v rámci nemocničného inštitucionálneho kontextu a lekárskej konzultácie môžu objaviť situácie predsudkov a porušovania práv. S cieľom potvrdiť takýto výskyt, v nasledujúcej podkapitole rozoberiem otázky zamerané práve na rasové determinanty a na skúsenosti s predsudkami.

7.3. Etnicko-rasové vzťahy a seba-identifikácia

Väčšina doktorov uvádza, že počas celého študijného programu nadobudli dostatočné množstvo vedomostí o biologických poznatkoch, týkajúcich sa pohlavia či rasy. Vzhľadom na spájanie týchto inak sociálnych determinantov s čisto biologickou stránkou, je neskôr v praxi veľmi zložité vnímať klasifikácie ako sociálny konštrukt.

Respondentom boli dané otvorené otázky akej farby pleti a pohlavia sú. Za tým nasledovala otázka, čo si myslia, že vedie ľudí definovať sa ako: nasledovala farba pleti, ktorú si sami určili. Napokon bola položená otázka, čo podľa nich znamená byť mužom/ženou v tejto spoločnosti. Aj napriek veľkej spontánnosti seba-definície, dotazovaní preukazovali očividné ťažkosti pri zodpovedaní týchto otázok.

Najskôr to bolo pri otázke ohľadom pohlavia:

Respondentka 4: *„Čo ma vedie definovať sa ako ženu? Hm (...) to je pekne ťažká otázka! Pretože môžete sa na to pozerať z biologického hľadiska, nie (...) a taktiež sú tam aj tie sociálne otázky. (...) Myslím, že to je takto. Neviem. Nikdy som sa nad tým nezamýšľala“*.

Neskôr zodpovedali otázky ohľadom rasy. Pri seba-definícii to bolo celkom zrejmé, ale jej vysvetlenie sa im zdalo až príliš náročné.

Respondentka 1: *„Beloška. Myslím, si, že je to podľa farby pleti, nie? Neviem, pre mňa to nemá moc zmysel.(...) Myslím si, že asi taktiež náš pôvod (...) Ak by to bolo podľa pôvodu, tak som mulatka. Máme v rodine nejakých černochov“.*

Respondentka 4: *„Čo vedie ľudí definovať sa ako beloch?(...) V skutočnosti nedostatok zmiešanosti s ostatnými farbami, nie?! V mojej rodine, v histórii mojej rodiny (...) by som dokonca mohla byť aj mulatka, nie?! Možno teda aj podľa farby pleti“.*

Dotazujúci: *„Podľa farby pleti? Nehovorili ste, že sa považujete za belošku podľa tohto kritéria“.*

Respondentka 4: *„Áno hovorila, ale (...) v mojej rodine sú nejaký Arabi a majú tmavšiu farbu pleti. Takže teoreticky, podľa tejto teórie miešania rás by som asi mala povedať, že som mulatka, nie?! Ale ja som sa definovala ako beloška. Tak ak som sa tak definovala, je to preto, lebo považujem za dôležité tón farby pleti a nie miešanie rás. Neviem, či som to dobre vysvetlila“.*

Respondentka 5: *„Ah (...) Myslím si, že by to malo byť len tónom farby pleti, nie?! Ale myslím si, že veľakrát aj sociálna záťaž vedie človeka, nezáväzne od farby pleti, definovať sa podľa iných štandardov rasy. Kultúra má tiež vplyv“.*

Respondent 6: *„Definovať sa ako beloch? Čo k tomu ľudí vedie? (...) Hmm. Myslím, že to je asi čisto osobný dojem“.*

Z odpovedí je možno usúdiť, že respondenti nemajú dostatočné vzdelanie respektíve nie sú adekvátne informovaní o tom, čo určuje ich rasu. U väčšiny z nich je citeľná neistota v identifikácií sa so svojou rasou. U respondentky 2 bolo pozorovateľné, že svoju rasu odhaduje podľa farby pleti a pôvodu nedáva veľký dôraz. Svojich predkov označila ako „nejakých černochov“, čo nenaznačuje príliš úcty plný vzťah k ním.

Nasledujúci respondent sa odvoláva na nedostatky ohľadom danej tematiky a spolu s ostatnými vyššie citovanými, má očividné problémy korektne definovať svoju rasu, takisto ako určiť, čo je kritériom takejto definície. Na konci rozhovoru respondentka 4 preukazuje tieto ťažkosti pri tejto klasifikácii.

Respondentka 4*: „Koncepty rasy, pohlavia farby pleti (...) viete, pretože sú to koncepty, čo ja sama ani neviem, či existuje nejaká definícia (...) myslím si, že ak sú tieto aspekty dôležité pre výskum, stálo by za to mať na začiatku najskôr dobrú výučbu, spýtať sa, či osoba pozná rozdiely, teda či vie určiť rozdiel, naučiť, vysvetliť to, pretože je vec, ktorú ja skutočne neovládam. A v momente vypĺňať dokument, v ktorom je treba určiť rasu ja nikdy sama neviem, či je to beloch alebo mulat, neviem. Myslím si, že hlavným problémom hlavne tu v Brazílii je*

určiť, či je to beloch alebo mulat, nie?! Pretože beloch ako beloch, naozaj biely, tak to je jasné. Černoch je černoch. Takto je to ľahké, ale stredná cesta, tak to tu v Brazílii je zložité. A tu máme práve obrovské množstvo tej strednej cesty, nie?! Všetko je tu pomiešané. (...) Takže myslím si, že (...) takto, táto otázka vidieť tieto determinanty, ako sociálne (...), to je poriadne ťažké tento výskum, zložité, vôbec si nemyslím, že je to ľahké".

Respondentka takisto poukazuje dôležitosť výskumu na jej nasledovnú seba-identifikáciu:

„Úprimne, nebudem ani trochu skromná. Ja sa považujem za človeka s dostatočne otvorenou mysľou bez predsudkov, ale viete, spolunažívame a vieme ako veci v skutočnosti fungujú a že to vôbec nie je takto, takže pre mňa osobne, čo mi tento výskum prinesie bude moja vlastná seba-reflexia, rozmýšľať nad tým, akej vlastne som farby pleti, ako sa seba-definujem. Neviem, či definovať sa ako beloch znamená mať predsudky, ja to tak nevidím, ale neviem (...), ak sa definujete ako beloch, máte v sebe predsudky? Čo ja viem, myslím si že nie, nie?! (...) Ale pre mňa sú si všetci ľudia rovní. (...) Myslím si, že problémy ľudí by boli oveľa menšie, keby mohli byť skutočne transparentné a ak by mohli žiť bez predsudkov".

Nedostatok vedomostí ohľadom týchto sociálnych tém napomáha vzniku predsudkov, viď ďalšia podkapitola.

7.4. Predsudky a diskriminácia

Ústredným zámerom tejto práce a zároveň výskumu je overiť výskyt „scén" zaujatosti a predsudkov v rámci lekárskeho prostredia. K lepšiemu riešeniu tejto tematiky bol zostavený rad otázok, ktoré predstavujú konkrétne údaje na interpretáciu, taktiež boli zahrnuté otvorené otázky, ktoré predstavujú každodenné scény lekárskeho prostredia a iné zatvorené otázky s možnosťou alternatívneho výberu odpovedi v rámci určitej dimenzie.

V rámci jednej otázky ohľadom rasových vzťahov, bola vystavená séria tvrdení, založených na údajoch ohľadom lekárskej starostlivosti. Respondenti mali odpovedať na škále plne súhlasím – plne nesúhlasím. Výsledky sú uvedené v nasledujúcej tabuľke:

Tabuľka 4 – *Rasové vzťahy*

Tvrdenia	Názor respondentov			
	Plne súhlasí	Viac-menej súhlasí	Viac-menej nesúhlasí	Plne nesúhlasí
Zdravotnícky pracovníci môžu prispieť k zvýšeniu sociálnej neistoty niektorých skupín obyvateľstva.	XXXXX	XXX		
Lekári s určitou frekvenciou hovoria, že je možné diagnostikovať pacientov aj bez dotyku.	XXXX	X		XXX
Diagnostické chyby sú časté, ale lekári by mali byť opatrní pri odhaľovaní chýb druhých lekárov.	XXXXXX	X	X	
Diskriminácia sa vyskytuje vo všetkých oblastiach brazílskeho života. Žijeme s ňou aj v zdravotníctve.	XXXXXXX	X		
Skutočnosť, že zmena pohlavia je prevedená, vzťah lekára s transvestitmi a transsexuálmi sa stáva lepší a otvorenejší.	X	XXX	XXX	X
Ženy vyhľadávajú viac zdravotnú starostlivosť ako muži..	XXXXXXX	X		
Černosi a Hispánci ("Latinos") cítia menej bolesti než Orientálny(Ázijci)			X	XXXXXXX
Ženy cítia menej bolesti než muži.	XX	XXXX		XX
Černosi a Černošky bývajú menej často chorí, pretože sú viac fyzicky odolní.			X	XXXXXXX
Černošky musia cestovať dlhšie za hľadaním si miesta pôrodu, majú horšiu prenatálnu starostlivosť a väčšina z nich nedostáva anestéziu.	XXXX	X	X	X
Lekári ošetrujú mužov a ženy inou formou.	XXXX	XXX		X
Lekári ošetrujú belochov a černochov inou formou.	XXXX	XX	X	X
Lekári ošetrujú inou formou osoby v konflikte zo zákonom.	XXXX	XXX		X

Z faktov uvedených v tabuľke vyplýva, že tak ako predsudky, aj diskriminácia sú prítomné v každodennej lekárskej praxi. Všetci respondenti odpovedali pozitívne na výskyt diskriminácie a až na jedného plne súhlasili, že sa vyskytuje vo všetkých oblastiach života vrátane zdravotníctva. Okrem toho je očividný rasový predsudok ohľadom rozdielov ochorenia medzi černochmi a belochmi a medzi ženami a mužmi. Vyššie položené otázky boli ešte hlbšie rozobrané doplňujúcimi otázkami. V odpovediach je tiež jasne vidieť výskyt diskriminácie a predsudkov.

Respondentka 4: *„Viete, že existuje veľa predsudkov. Ľudia trpia veľmi predsudkami. Možno že veci sú skutočne oveľa ťažšie pre niekoho, kto je černoch. Je veľa černochov, ktorí hovoria, že trpia predsudkami, viete“*.

Respondent 6: *„Existuje mnoho takých príkladov. Vyzerá, že je to nejako zakotvené v populácii, nie?! Černoch, keď ide do reštaurácie, veľakrát sa stretne s horším zaobchádzaním, alebo napríklad keď ide do obchodu, tak mu trvá dlhšie, kým ho obslúžia. (...) Toto všetko počúvam od môjho priateľa, ktorý je černoch“*.

Konkrétnejšie čisto v rámci zdravotníctva je príkladom nasledujúca odpoveď na otázku ohľadom vyrozprávania nejakej scény predsudku, ktorú opýtaní zažili počas svojej praxe. Nasledovne bol respondent dotazovaný, či by mal nejaký vplyv na situáciu fakt, keby bol pacient inej farby pleti, v tomto prípade černoch, keby bol homosexuál alebo osoba v konflikte so zákonom.

Respondent 7: *„Možno áno. Myslím si, že v rámci zdravotníctva v Brazílii je strašne veľa ľudí plných predsudkov“*.

„Myslím si, že áno. V nemocnici je tak strašne veľa predsudkov. Každý vie, že tam ten chlapík (...) a doktori ich vyšetrujú inou formou, nie je ako si myslieť, že nie“.

Zo všetkých týchto odpovedí je zrejmé, že respondenti pripúšťajú výskyt predsudkov, nerovnosti a rozdielnosti v liečbe v závislosti od rasy alebo pohlavia. Predsudky rozoberajú ako niečo vonkajšie, čo sa týka ostatných, ale ich sa to priamo nedotýka. Majú problém uvážiť hypotézu, že by mohli byť taktiež ovplyvňovaní predsudkami a môžu sa snažiť vyhýbať odpovediam, ktoré by mohli naznačovať buď vlastný alebo inštitucionálny rasizmus. Príkladom toho je odpoveď respondentky 4:

„ Ja osobne sa považujem za človeka s otvorenou mysľou bez predsudkov.(...) . Neviem, či definovať sa ako beloch znamená mať predsudky, ja to tak nevidím, ale neviem (...), ak sa definujete ako beloch, máte v sebe predsudky?(...) Ja som taký typ človeka, čo dúfa a zastáva sa toho, aby si boli všetci rovní, aby mali všetci ľudia rovnaké práva, aby mohli vyjadriť svoju orientáciu, mám veľmi otvorenú myseľ. Myslím si, že svet by mohol byť lepši (...) bez predsudkov“.

Jedine respondent 6 uviedol scénu, v ktorej sám prejavil predsudky v rámci nemocničného prostredia:

„Raz som natrafil na situáciu, v ktorej som sa skutočne cítil zle, viete, pristupoval som naozaj neobjektívne s predsudkom. Ja som videl jednu (...), bol som vtedy ešte študent (...) videl som jednu ženu černošku, ktorá bola v bielom, pracovala teda v nemocnici a oslovil som ju „sestrička“ a ona mi na to „ja nie som zdravotná sestra, som ošetrujúci lekár“ (...) tak viete, fakt, že bola černoška (...) postavil som ju automaticky na inú pozíciu. Pretože celkovo v rámci zdravotníctva nie je vidieť skoro žiadnych černochov na pozícii doktora, skôr si ich predstavujeme v iných oblastiach ako zdravotníctvo“.

Je zreteľné a jasné, že diskriminácia, či už voči pohlaviu alebo rase, je prítomná v lekárskom prostredí, ovplyvňuje vzťah doktora s pacientom a vplýva na liečbu, stále je však dobre zahalená za politickým korektným diskurzom reprezentovaná zdravým rozumom.

8. Diskusia

8.1. Výsledky analýzy

Prvou určenou kategóriou bol vzťah *doktor - pacient*. Vo výsledkoch bolo potvrdené to, čo Caprara (1999, 2004) považuje na vytvorenie dobrého vzťahu za najdôležitejšie a síce od najväčšieho vplyvu po najnižší to bola: kvalitná komunikácia a predchádzajúce skúsenosti pacienta s inými doktormi na rovnakej úrovni; psychologické faktory pacienta; prvý dojem z pacienta a lekárska odborná skúsenosť;

psychologické faktory doktora a napokon znalosť liečby ohľadom danej choroby. Autor je zároveň toho názoru, že práve kvôli týmto faktorom pacienti preferujú mať svojho doktora, ktorého tak budú mať možnosť spoznať a vytvoriť si s ním dôveryhodný vzťah.

Faktorom, ktorý bol respondentmi najviac spomínaný, je práve *kvalitná komunikácia*. Pitta (1995) je toho názoru, že predpokladom komunikácie, v ktorej si obidvaja členovia rozumejú navzájom, je dobré počúvanie a skutočný záujem o druhú osobu. V komunikácii teda musí byť zastúpená hlavne úprimnosť a čestnosť. Z odpovedí respondentov sa potvrdilo, že je to pre nich veľmi dôležitý faktor.

Ďalším faktorom bola *komplexnosť* vo vzťahu doktora s pacientom. Doktori sa domnievajú, že príchod pacienta nie je len o diagnóze a že veľakrát neprišiel so skutočným problémom, ale je za ním skryté množstvo ďalších. Je teda dôležité dať si všetky informácie do súvislosti. Hinde (dle Caprara, 1999) sa zameriava práve na komplexnosť tohto vzťahu, ktorý je podľa neho vždy ovplyvňovaný jeho členmi a kontextom v ktorom sa odohráva. Vzťahy v lekárskom prostredí nie sú neformálne, je preto zložitejšie zaručiť podmienky toho, aby došlo k interakcii medzi doktorom a pacientom. Bolo by potrebné zbaviť sa vzorcov, ktoré sú predurčené tomuto vzťahu a odstrániť tak jeho neosobnosť a výhradné zameranie na diagnózu a liečbu. Autorka Schraiber (1997) dodáva, že dobré vyvinutie vzťahu doktora a pacienta je limitované a obmedzené kvôli rutine v lekárskej praxi a kvôli stále pretrvávajúcej autonómii doktora.

Sucupira (2007) tvrdí, že komunikácia nemôže byť len dotazovanie, ale musí dôjsť k vzájomnému ľudskému a partnerskému putu, pričom je dôležité vnímať aj sociálne podmienky pacienta a brať do úvahy ich vplyv na jeho fyzický, ako aj psychický stav. Podľa autorky však doktori nemajú dostatočné vzdelanie v rámci humanitných oborov.

Tým sa dostávame k ďalšej kategórii, ktorou je *medicínske štúdium.* Caprara (1999) v jeho výskume aplikovanom na doktoroch prišiel na to, že systém zdravotných služieb je neosobný a chladný s minimálnou zameranosťou na osobnosť pacienta. Dospel k záverom, že problémy vyplývajú z prílišnej zameranosti medicínskeho štúdia na bio-fyziologickú stránku a opomínajú psycho-sociálne faktory pacienta. Dochádza tak k zabúdaniu na ľudskú jedinečnosť pacienta, jeho životný príbeh, prostredie, z ktorého prišiel a rodinu, z ktorej pochádza. Všetci respondenti sa zhodli, že

zastúpenie jednotlivých sociálnych tém počas medicínskeho štúdia je naozaj minimálne až žiadne. Zhodujú sa tak s výsledkami z ostatných výskumov. Sociálnymi témami, ktoré sú zastúpené v štúdiu medikov je pohlavie a náboženstvo, ale to tiež len z biologického hľadiska.

Z výsledkov výskumu ale plynie, že doktori sú si vedomí nedostatkov v ich vzdelávaní a preto aj uviedli za najdôležitejšie faktory počas štúdia *kontakt s pacientom* a *praktickú časť výučby*. Je to jediné miesto, kde môžu pacienta pojímať v jeho celosti, získať informácie nielen o chorobe, ale aj o jeho živote a uvidieť skutočné utrpenie alebo radosť z vyliečenia pacienta. Ruiz-Moral (dle Sucupira, 2007) tvrdí, že k pochopeniu tohto utrpenia môže dôjsť len vtedy, ak príprava doktorov bude začínať teoretickou prípravou od začiatku štúdia. Podľa neho je potrebné zaradenie psychológie, sociológie a antropológie do výučby a konfrontovať to z praxou, pričom je potrebné ich zasadenie do vzťahu doktor - pacient.

V ďalšej kategórii *etnicko-rasových vzťahov* a *seba-identifikácie* sa potvrdili viaceré tvrdenia autorky Bento (2002). Zaoberala sa hlavne štúdiom belosti a celkovo identity belochov. Hovorí o tom, že belosi si uvedomujú, že sú nejakej rasy a farby pleti až vtedy, keď sú na to konkrétne dotazovaní, alebo keď sú konfrontovaní s osobami inej farby pleti a ocitnú sa v menšine. Byť beloch a byť černoch má okrem toho v každej spoločnosti iné významy. V Brazílii sa černochom pripisujú negatívne prívlastky a tmavšia farba pleti sa spája s nízkou sociálnou triedou, nízkym vzdelaním, nie veľmi udržiavanou hygienou. V odpovediach doktorov možno vidieť, že sa na začiatku automaticky sebadefinujú ako belosi, ale až pri podrobnejšom pýtaní uznávajú, že podľa pôvodu by mali byť mulati. V jednej odpovedi dokonca respondentka zdôrazňuje, že má veľké problémy určiť svoju rasu a farbu pleti, pretože sa jej nedostalo dostatok vedomostí počas štúdia. Vývoj identity nie je vec, ktorá by sa dala naučiť. Vyvíja sa už od detstva a záleží nie len od indivídua, ale hlavne od spoločnosti, v ktorej žije a od príslušnej etnickej skupiny (Morgensternová, 2007). Typickým znakom belosti a teda identity belochov podľa autorky Piza (dle Bento, 2007) je odvolávanie sa na vonkajšie príčiny a hlavne v Brazílii na štruktúru spoločnosti, kde je rasa vnímaná ako hierarchia. Veľakrát si tak belosi, ktorí majú černošských predkov obmieňajú svoju zvolenú identitu podľa potrebnosti konkrétnej situácie a aj na obhájenie samých seba, aby ukázali, že nie sú nositeľmi predsudkov ani rasizmu. Harré (dle Bačová, 2008) doplňuje, že jednotlivec si vyberá rozličné identity na

seba-reprezentáciu, v závislosti od situácie, nazýva ich masky. Preto veľakrát dochádza k tomu, že sa ľudia navonok prezentujú v rámci pozitívneho sociálneho obrazu, ale to čo cítia vo vnútri, je odlišné. Práve tento fakt môže byť jednou z príčin zmätenosti respondentov pri určovaní svojej rasovej identity.

Autorka Helms (dle Bento in Carone, 2007) je toho názoru, že väčšina belochov pri vývine svojej nerasistickej belošskej identity pretrváva v štádiu kontaktu a dezintegrácie. V tomto druhom štádiu sa belosi dostávajú do kontaktu s černošskou populáciou a aj s informáciami ohľadom rasizmu. Uvedomujú si výhody belošskej identity a vynárajú sa v nich pocity viny. Na ich zmiernenie si snažia nahovoriť, že rasizmus neexistuje. V odpovediach respondentov je vidieť obhajobu samých seba ohľadom rasizmu.

Napokon poslednou kategóriou sú *predsudky* a *diskriminácia*. V tejto časti boli u respondentov zaznamenané prejavy vyššie spomenutej seba-obhajoby v zmysle pozitívneho seba-obrazu. Sami seba reprezentujú ako nerasistických a bez predsudkov, ale pri dotaze na výskyt diskriminácie nie len v bežnom živote, ale aj v zdravotníckom prostredí, všetci dotazovaní súhlasili s jej výskytom. Z toho plne súhlasili siedmi respondenti. Niekde teda nastáva chyba, pretože diskriminácia je produkovaná zo strany doktorov, ktorí však samých seba nevidia ako nositeľov predsudkov. Touto kontradikciou sa vo svojich výskumoch zaoberali autori Carone (2007) a Santos (2009). Skúmali výskyt diskriminačných praktík akými sú predsudky a diskriminácia, ktoré dotazovaní pripisovali ostatným. V odpovediach respondenti potvrdili, že existujú predsudky, ale často sa odvolávali na to, že „ľudia“ trpia predsudkami. Len jediný opýtaný priznal, že sa už zachoval nesprávne pod vplyvom predsudku ohľadom černochov.

Santos (2009) pojednáva o inštitucionálnom rasizme a podotýka, že k nemu často krát dochádza aj nezávisle od vôle ľudí. Podľa neho, takmer vždy zostávajú predsudky a postoje skryté, ale prejavujú sa v lekárskych praktikách.

V odpovediach sa potvrdzujú predsudky ohľadom černochov, konkrétne doktori veria, že trpia menej bolesťou, bývajú menej chorí a že matky černošky cestujú dlhšie za vyhľadávaním pomoci. Z toho vyplýva, že bývajú na periférii mesta, kde sa vyskytujú slabšie sociálne vrstvy. Podľa Chor (2007) predsudky a diskriminácia, i keď nepriame, prispievajú k horšej liečbe, zvyšujú šancu ochorenia, ale zároveň znižujú dôveru pacienta v lekára. Znižuje sa tak percento černošskej populácie, ktorá

vyhľadáva lekársku pomoc. Tým sa posilňuje predsudok doktorov ohľadom toho, že černosi bývajú menej chorí a vytvára sa tak začarovaný kruh. Z odpovedí je celkovo badateľné, že v zdravotníctve sa naozaj vyskytujú predsudky voči rasovej skupine – černochom, pohlaviu – ženám a takisto voči osobám v konflikte so zákonom.

8.2. Nedostatky výskumu a návrhy na pokračovanie výskumu

Chcela by som upozorniť na to, že som si zvolila kvalitatívny prístup k výskumu, aj keď som si plne vedomá jeho obmedzení a nepresností, ktoré so sebou prináša. Mnoho autorov je totiž toho názoru, že len výskum spracovaný štatistickou analýzou je validný. Zároveň však potvrdzujú, že v prípade skúmania tematiky, o ktorej ešte neexistuje veľa poznatkov, je lepšie zvoliť kvalitatívnu metódu, ktorá však môže byť len dobrou exploráciou alebo popisom (Silverman, 2005).

Najväčším problémom tohto typu výskumu je reliabilita, ktorú je ťažké zaručiť, kvôli tomu, že chýbajú štatistické dáta a mnoho informácií. Sú nimi napríklad presné znenie rozhovorov alebo zápisy poznámok, ktoré nie sú čitateľovi poskytnuté. V mojom prípade je takmer nemožné poskytnúť tieto informácie českému čitateľovi, pretože výskum bol prevádzaný v Brazílii a vyžaduje znalosť portugalského jazyka na pokročilej úrovni. Okrem toho sa dĺžka jedného rozhovoru pohybuje okolo štyridsaťpäť minút, čo znamená, že po prevedení transkripcie bol rozsah jedného rozhovoru v priemere tridsať strán. Obmedzením je teda nedostatok priestoru a času.

Ďalším, už spomínaným problémom, je otázka validity. Do kvalitatívneho výskumu vstupuje niekoľko faktorov, ktoré ju ohrozujú. Čermák a Štepánková (dle Miovský, 2006) hovoria najmä o skreslení spôsobenom výskumníkom, čo sa týka nedostatkov skúseností a predpojatosti, a o reaktivite, čiže ovplyvnení dát priamou interakciou vo výskumnom prostredí. Podľa Silvermana (2005) je zase najväčší problém spoľahlivosť vysvetlení, ktorý nazýva problém anegdotizmu. Spočíva v tom, že k vysvetleniu alebo dokazovaniu určitých tvrdení výskumník využíva len krátke útržky z konverzácie.

Nakoniec by som chcela podotknúť, že som si týchto limitácií vedomá a výskum pre čitateľa, ktorý nemá žiadne skúsenosti s touto tematikou môže byť neprehľadný.

Chcela by som podotknúť, že aj napriek jeho nedostatkom považujem môj výskum za relevantný na poukázanie skúmanej problematiky, ktorá je zatiaľ veľmi málo preskúmaná v oblasti psychológie. Tento výskum mám v záujme použiť na neskoršie zostavenie kvantitatívneho výskumu v podobe dotazníkov, aby tak bol lepšie uchopiteľný pre širokú verejnosť a dokázal presnejšie poukázať na stanovený problém.

9. Záver

V mojej práci som sa snažila upozorniť na dôležitosť zohľadnenia psycho-sociálnych aspektov v zdravotníctve, ktoré priamo aj nepriamo vplývajú na vzťah doktor - pacient. Dospela som k záverom, že získané údaje potvrdzujú teoretické predpoklady a zodpovedala som na výskumné otázky. Diskriminácia je prítomná v brazílskej spoločnosti, veľakrát síce zahalená alebo vo forme inštitucionálneho rasizmu, prenasleduje určité skupiny ľudí a udržiava tak stálu nerovnosť.

V zdravotníckom kontexte sa tento problém zdá byť ešte viac komplikovaný a ťažko identifikovateľný. Vzťah lekára s pacientom by mal byť založený na odlišnom vyšetrovaní pacientov a mal by klásť dôraz na ich jedinečnosť. Otázkou je, ako rozpoznať, ktoré nerovné zaobchádzanie je dôležité vzhľadom na špecifickú situáciu pacienta a ktoré môže byť pre pacienta škodlivé.

Túto dilemu by mohla vyriešiť zmena medicínskeho štúdia, pretože na vysporiadanie sa s takýmito problémami je potrebné adekvátne vzdelanie, zameriavajúce sa aj na psycho-sociálne otázky. Teoretický základ ohľadom týchto otázok tvorí podstatu na to, aby doktori nadobudli vedomosti na riešenie uvedených problémov. Z odpovedí je zreteľné, že doktori si uvedomujú zlyhávanie medicínskej výučby v humanitnom smere a považujú zaradenie psycho-sociálnych prvkov, najmä etnicko-rasových vzťahov, do vzdelávania za nevyhnutné. Predstavuje to prvý dôležitý krok k zmene.

Cieľom výskumu bolo upozorniť na fakt, že psycho-sociálne premenné zasahujú a výrazne vplývajú na vzťah doktor - pacient. Len zmena v systéme vzdelávania zaradením humanitných oborov do teórie aj praxe môže prispieť k zmenám tejto situácie.

10. Bibliografia:

- **Arendt, H.:** O pensamento racial antes do racismo. In: As origens do totalitarismo: Anti- semitismo, Imperialismo, Totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_arendt_origens_totalitarismo.pdf]
- **Bačová, V.:** Historická pamät a identita. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 1996
- **Bačová, V.:** Identita v Sociální psychologii. In: Výrost, J.; Slaměník, I.: Sociální psychologie. Vyd.2. Praha: Grada, 2008
- **Batista, L. E.; Kalckmann, S.:** Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.
- **Bento, M. A. S.:** Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: Carone, I.; Bento, M. A. S.: Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007
- **Bento, M. A. S.:** Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público. 185f. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2002
- **Borges, E.:** Racismo, preconceito e intolerância. São Paulo: Atual, 2002
- **Caprara, A.; Franco, A. L. e S.:** A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 647-654, julho - setembro de 1999. [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.pdf]
- **Caprara, A.; Rodrigues, J.:** A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e saúde coletiva, v.9 n.1, pp. 139-146. Rio de Janeiro, 2004 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100014&script=sci_arttext]
- **Carone, I.; Bento, M. A. S.:** Psicologia social do racismo: Estudos sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007
- **Chaves, E. S.:** Nina Rodrigues: Sua Interpretação do Evolucionismo Social e da Psicologia das Massas nos Primórdios da Psicologia Social Brasileira. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. 2, p. 29-37, 2003 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n2/v8n2a03.pdf]
- **Chor, D.; Lima, C. R. de A.:** Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 5, p. 1586-1597. Rio de Janeiro, 2005.
- **Domingues, P.:** Uma história não contada: Negro, racismo e branqueamento em São Paulo. Senac, SP, 2004

- **Du Bois, W. E. B.:** The Souls of Black Folk. New York: Bantam Books, 1989
- **Fanon, F.:** Black Skin, White Masks. London: Pluto, 1986
- **Ferjenčík, J.:** Úvod do metodologie psychologického výzkumu : Jak zkoumat lidskou duši.1. vyd. Praha : Portál, 2000
- **Filho, P. de O.:** Miscigenação versus bipolaridade racial: contradições e conseqüências opressivas do discurso nacional sobre raças. Estudos de Psicologia, 10(2), s. 247-253, 2005 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200012&script=sci_arttext]
- **Foucault, M.:** Genealogia del racismo. Madrid: Ediciones de la Piqueta, 1992
- **Frankenberg, R.:** A miragem de uma branquitude não marcada. In: Ware, V.: Branquidade: Identidade branca e multiculturalismo (s.307-338) Rio de Janeiro: Garamond, 2004
- **Guarnieri, F. V.; Melo- Silva, L. L.:** Ações afirmativas na educação superior: rumos da discussão nos últimos cinco anos. Psicologia & Sociedade; 19 (2): 70-78, 2007 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a10v19n2.pdf]
- **Guimarães, A. S. A.:** Racismo e anti-racismo no Brasil. São Paulo. Editora 34, 1999
- **Hartl, P. ; Hartlová, H.:** Velký psychologický slovník. Vyd.4, Portál 1.-Praha: Portál, 2010.
- **Hendl, J.:** Kvalitativní výzkum : Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha : Portál, 2005
- **Identificacao e abordagem do racismo institucional.:** Organização do Instituto AMMA Psique e Negritude (SP) e Articulação Nacional de Combate ao Racismo Institucional. São Paulo: Articulação para o Combate ao Racismo Institucional, 2006.
- **Kassin, S.:** Psychologie. Vyd. 1, Brno: Computer press, 2007
- **Levy, S. R.; West, T. L.; Ramirez, L. F.; Pachankis, J. E.:** Racial and Ethnic Prejudice among Children. In: Chin, J. L.: The Psychology of Prejudice and Discrimination: Racism in America. Vol.1, Westport, CT: Praeger Publishers, 2004
- **Lima, M. E. O. & Vala. J.:** As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. Estudos de Psicologia, (s. 401-411), 2004 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a02v09n3.pdf]
- **Marger, M. N.:** Race and Ethnic Relations: American and global perspectives. 8th ed., Wadsworth: Cengage Learning, 2009
- **Miovský, M.:** Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006
- **Morgensternová, M.:** Interkulturní psychologie : Rozvoj interkulturní senzivity. Monika Morgensternová a Lenka Šulová. Praha : Univerzita Karlova, 2007

- **Nakonečný, M.:** Sociální psychologie. Praha : Academia, 2000
- **Oliveira, R. C.:** Identidade étnica, identificação e manipulação. Sociedade e cultura, v. 6, n. 2, p. 117-131, Jul./Dez. 2003
- **Ondrušková, E.:** Sociálna psychológia. Vyd.1. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2006
- **Paiva, G. J.:** Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1, p. 77-84, jan./abr. 2007
- **Pitta, A. M. R.:** Saúde & comunicação: Visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995
- **Piza, E.:** Porta de vidro: entrada para a branquitude. In: Carone, I.; Bento, M. A. S.: Psicologia social do racismo: Estudos sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007
- **Průcha, J.:** Interkulturní psychologie: sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů. – 1.vyd. Praha: Portál, 2004
- **Richards, G.:** Race, racism and psychology: Towards a reflexive history. Vol.1, London: Routledge, 1997
- **Santos, J. R.:** A questão do negro na sala de aula. São Paulo: Ática, 1990.
- **Santos, I. A. A.:** Direitos humanos e as práticas de racismo: O que faremos com os bracos racisstas. Thesis. UNB, Brasília, 2009 [Dostupné v elektronickej podobe:http://www.dhnet.org.br/dados/teses/a_pdf/tese_ivair_santos_dh_praticas_racismo.pdf]
- **Santos, W. S.; Gouveia, V. V.; Navas, M. S.; Pimenteæl, C. E.; Gusmão, E. É. S.:** Escala de Racismo Moderno: Adaptação ao Contexto Brasileiro. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, (s. 637-645), set./dec. 2006
- **Scandiucci, V.:** Cultura hip hop um lugar psíquico para a juventude negro-descendente das periferias de São Paulo. Imaginario v.12 n.12 São Paulo, jun. 2006
- **Schraiber, L. B.:** When technique meets ethics: the exercise of judgment and decisionmaking in the daily medical routine. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.1, n.1, 1997 [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.interface.org.br/revista1/artigo1.pdf]
- **Schwarcz, L. M.:** As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XX. O contexto brasileiro. In: Schwarcz, L. M. & Queiroz, R. da S. (Orgs.), Raça e diversidade (s. 147-185) São Paulo: EDUSP, 1996
- **Silva, S. G.:** Preconceito no Brasil contemporâneo: as pequenas diferenças na constituição das subjetividades, Psicologia: ciência e profissão, v.23 n.2 Brasília jun. 2003

- **Silverman, D.:** Ako robiť kvalitatívny výskum : Praktická príručka. Bratislava : Ikar, 2005
- **Sovik, L. R.:** Aqui ninguém é branco: hegemonia branca e media no Brasil. In: Ware, V.: Branquidade: Identidade branca e multiculturalismo (s.363-386) Rio de Janeiro: Garamond, 2004
- **Sucupira, A., C.:** A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.11, n.23, p. 619-635, setembro/outubro de 2007. [Dostupné v elektronickej podobe: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300016]
- **Tadei, E. M..:** A Mestiçagem Enquanto um Dispositivo de Poder e a Constituição de Nossa Identidade Nacional. Psicologia, cienca e profissão, 22 (4), s. 2-13, 2002 [Dostupné v elektronickej podobe: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932002000400002&script=sci_arttext]
- **Tesař, F.:** Etnické konflikty. Vyd.1., Praha: Portál, 2007
- **Todorov, T.:** Nós e os outros: A reflexão francesa sobre a diversidade humana, v.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993
- **Verešová, M.; Sollárová, E.; Sollár, T.; Zelina, M.; Flešková, M.; Čavojová, V.:** Sociálna psychológia. Nitra: Enigma, 2007
- **Výrost, J.; Slaměník, I.:** Sociální psychologie. Vyd.2. Praha: Grada, 2008

Príloha

ROZHOVOR

I. PROFIL

1) Aký je váš vek?

2) Pohlavie: ( ) muž ( ) žena

3) Aká je vaša farba pleti? (otvorená otázka):

4) Ak by ste mali definovať vašu farbu pleti/rasu/etniku v rámci klasifikácie IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), boli by ste:

( ) biely/a ( ) čierny/a ( ) mulat/pardo ( ) žltý/á ( ) indián

5) Do konca strednej školy ste študovali väčšinu času v:

( ) štátna škola ( ) súkromná škola

( ) zmiešane

6) Ako ste sa dostali k medicíne? Porozprávajte trochu o svojom výbere profesie?

II. ŠTÚDIUM

1) Akú Vysokú školu ste absolvovali?
2) Lekárska špecializácia (obor):

( ) Poliklinika ( ) Chirurgia ( ) Gynekológia a pôrodníctvo

( ) Pediatria ( ) Preventívne lekárstvo

3) Čo považujete za najviac relevantné a vplývajúce na vaše vzdelanie počas štúdia? Neváhajte a zahrňte do odpovede akékoľvek aspekty.
4) Bola do Vášho štúdia alebo praxe zahrnutá sociálna tematika?
5) Aké sociálne témy boli vypracované počas vášho štúdia alebo stáže?
   ( ) Chudoba a akým spôsobom?
   ( ) Pohlavie a akým spôsobom?
   ( ) Farba pleti/rasa/etnický pôvod a akým spôsobom?
   ( ) Náboženstvo a akým spôsobom?

6) V Brazílii, veľa reprezentatívnych povolaní, ako senátori, poslanci alebo členovia rady, majú medicínske vzdelanie. Čo si myslíte, majú na to dôvod?

III. **VZŤAH DOKTOR-PACIENT**

1) Čo si myslíte, že je najdôležitejšie pre dobrú konzultáciu? Aké dôležité komponenty?
2) Aký je vplyv nasledovných aspektov v lekárskej konzultácii:

		Ovplyvňuje veľmi	Ovplyvňuje	Ovplyvňuje málo	Neovplyvňuje
2.1	Miesto a podmienky				
2.2	Psychologické faktory pacienta: očakávanie, strach, úzkosť				
2.3	Predchádzajúce skúsenosti pacienta s inými lekármi				
2.4	Prvé dojmy z pacienta				
2.5	Vaše (lekárske) psychologické faktory: stres, úzkosť, frustrácia				
2.6	Vaša lekárska skúsenosť s danou chorobou alebo zranením				
2.7	Kvalita vašej komunikácie s pacientom				
2.7	Poznatky pacienta o danej chorobe alebo zranení				

3) Aké sú charakteristiky dobrého pacienta?

IV. **INTEGROVANIE A GARANCIA PRÁVA NA ZDRAVIE**

1) Pre výskum je veľmi dôležité vedieť, aký je váš každodenný život a aké sú vaše podmienky pre optimálne vykonávanie Vášho povolania. Skúste priniesť nejakú scénu (ako keby to bola scéna z filmu alebo telenovely), ktorú ste zažili, počuli alebo videli o dobrých skúsenostiach v starostlivosti. (Rozvinutie otázky: Kedy sa to stalo (v ktorú hodinu)? Aké boli osoby, ktoré sa vyskytli na scéne? Čo robili? Čo hovorili? Ako ste sa vy alebo ostatné osoby cítili?...)

2) Teraz si predstavte, že osoba by bola:

( ) žena / muž

( ) černoch / beloch

( ) homosexuál / heterosexuál

( ) z nízkej soc. triedy / z vysokej soc. triedy

( ) človek v konflikte so zákonom

3) Teraz mi skúste priniesť scénu (akoby to bola scéna z filmu alebo z telenovely), ktorú ste zažili, počuli alebo videli, o zlých skúsenostiach v starostlivosti. Aké boli osoby fyzicky a ako by ste opísali ich správanie v tomto vzťahu? (Rozvinutie otázky: Kedy sa to stalo (v ktorú hodinu)? Aké boli osoby, ktoré sa vyskytli na scéne? Čo robili? Čo hovorili? Ako ste sa vy alebo ostatné osoby cítili?...)

4) Teraz si predstavte, že osoba by bola:

( ) žena / muž

( ) černoch / beloch

( ) homosexuál / heterosexuál

( ) z nízkej soc. triedy / z vysokej soc. triedy

( ) človek v konflikte zo zákonom

5) Čo rozumiete pod pojmom "integrovaná starostlivosť"? Mohli by ste dať konkrétny príklad, ktorý ste zažili, počuli alebo videli ohľadom integrovanej starostlivosti?

6) Budem citovať určité sociálne aspekty a chcela by som vedieť, či v svojej lekárskej profesii pozorujete vysoký vzťah, nízky vzťah alebo nepozorujete vzťah medzi výskytom ochorení (alebo vyšším rizikom ochorenia) a:

	Vysoký vzťah	Nízky vzťah	Bez vzťahu/ Nevzťahuje sa
6.1. Miestom bydliska			
6.2. Národnosťou osoby			
6.3. Sexuálnou orientáciou osoby			
6.4. Pohlavím osoby			
6.5. Etnicko-rasová príslušnosť			
6.6. Náboženstvo			
6.7. Sociálna trieda osoby			

7) Uveďte príklad, ktorý ste zažili, počuli alebo videli o starostlivosti, ktorá zobrazuje vysoký vzťah medzi _____ (spýtať sa na všetky položky, v ktorých bol zodpovedaný vysoký vzťah)
8) Myslíte si, že existuje dostatočný počet výskumov alebo dôkazov ohľadom vyššie uvedených sociálnych faktoroch, ktoré môžu byť zaradené do vzdelávania lekárov ? (Vymenovať jednotlivé aspekty)

V. RASOVÉ VZŤAHY A POHLAVIE

1) Spomínate si na prvý krát, kedy ste pochopili, že ste žena/muž? Čo pre vás znamená byť žena/muž?
2) Čo vedie ľudí k tomu, aby sa definovali ako _____ (pridať farbu pleti v závislosti na predchádzajúcej odpovedi viď otázka č.3)?
3) Kedy bol prvý krát, keď ste pochopili, že ste _____ (pridať odpoveď z otázky č. Porozprávajte mi ako sa to stalo? Ako ste sa cítili ako _____ (pridať odpoveď z odpovede č.3)
4) Už ste sa niekedy cítili znevýhodnený/á kvôli vašej farbe pleti?
5) Už ste sa niekedy cítili zvýhodnený/á vďaka vašej farbe pleti?
6) Myslíte si, že keby ste boli inej farby pleti, mohli by ste byť zvýhodňovaný/á alebo znevýhodňovaný/á?
7) Podľa Výročnej sociálnej informácie (Relação Anual de Informações Sociais – RAIS), z roku 2005, 88% doktorov a doktoriek bolo bielej farby pleti a tento podiel zostal stabilný aj v ostatných rokoch. Skúste mi povedať čo si myslíte, aký je na to dôvod?

8) Vymenujem niektoré výroky, postavené na akademickej pôde. Chcela by som vedieť, či s nimi plne súhlasíte, skôr súhlasíte, skôr nesúhlasíte alebo úplne nesúhlasíte:

	Plne súhlasím	**Viac menej súhlasím**	**Viac menej nesúhlasím**	**Plne nesúhlasím**
Zdravotnícky pracovníci môžu prispieť k zvýšeniu sociálnej neistoty niektorých skupín obyvateľstva.				
Lekári s určitou frekvenciou hovoria, že je možné diagnostikovať pacientov aj bez dotyku.				
Diagnostické chyby sú časté, ale lekári by mali byť opatrní pri odhaľovaní chýb druhých lekárov.				
Diskriminácia sa vyskytuje vo všetkých oblastiach brazílskeho života. Žijeme s ňou aj v zdravotníctve.				
Skutočnosť, že zmena pohlavia je prevedená, vzťah lekára s transvestiti a transsexuálmi sa stáva lepší a otvorenejší.				
Ženy vyhľadávajú viac zdravotnú starostlivosť ako muži.				
Černosi a Hispánci (“Latinos”) cítia menej bolesti než Orientálny(Ázijci)				
Ženy cítia menej bolesti než muži.				
Černosi a Černošky bývajú menej často chorí, pretože sú viac fyzicky odolní.				
Černošky musia cestovať dlhšie za hľadaním si miesta pôrodu, majú horšiu prenatálnu starostlivosť a väčšina z nich nedostáva anestéziu.				
Lekári ošetrujú mužov a ženy inou formou.				
Lekári ošetrujú belochov a černochov inou formou.				
Lekári ošetrujú inou formou osoby v konflikte zo zákonom				

9) Teraz si skúste spomenúť na nejakú diskriminačnú scénu, ktorú ste zažili, videli alebo počuli. Čo sa stalo? Aké inštitucionálne zmeny by ste navrhli na zmiernenie a zníženie diskriminácie, ktorú ste pozorovali v tej alebo onej scéne? Čo ste urobili alebo čo by ste boli urobili na zvrátenie situácie?

VI. POSLEDNÉ ÚVAHY

1) Keď ste hovorili o dôležitých súčastiach dobrej konzultácie, zdôraznili ste hlavnú a kľúčovú úlohu doktora. Každý pacient je výnimočný a veľa detailov o vzťahu doktor-pacient neboli vyučované počas štúdia. Čo učíte svojich mladších nastupujúcich lekárov o tom ako byť dobrým doktorom, z toho čo nebolo vyučované na univerzite

2) Na záver by som chcela poznať váš názor na tento výskum . Myslíte si, že niektoré z diskutovaných tém by mohli prispieť k zlepšeniu vášho profesionálneho výkonu?

3) V budúcom výskume plánujeme upraviť tento dotazník pre mladých doktorov, máte nejaké návrhy?

Ďakujeme!