

UNIVERZITA KARLOVA
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra systematické teologie a filosofie

Jana Kučerová

**Etická dilemata v multikulturním
ošetřovatelství v souvislosti s dětskými
ukrajinskými válečnými uprchlíky**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. ThLic. Mgr. Červenková Denisa, Th. D.

Praha 2023

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 14. 6. 2023

Jana Kučerová

Bibliografická citace

Etická dilemata v multikulturním ošetrovatelství v souvislosti s dětskými ukrajinskými válečnými uprchlíky [rukopis]: diplomová práce / Jana Kučerová; vedoucí práce: ThLic. Denisa Červenková, Th.D. Praha, 2023. – 66 s.

Anotace

Diplomová práce se zabývá přístupem dětských sester k dětským ukrajinským válečným uprchlíkům vyžadujícím intenzivní onkologickou péči. Jako etická norma jsou v ošetrovatelství používány modely transkulturního – multikulturního ošetrovatelství. Zejména modely M. Leiningerové, J. N. Gigerové a R. Davidhizarové vytvořené v 50. letech minulého století zaměřené na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemoci jedinců či skupin a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik.

Klíčová slova

Ukrajinci, migrace, válka, ošetrovatelství, ošetrovatelský model, transkulturní – multikulturní ošetrovatelství, komunikace, lidská práva, dětský pacient, charta práv dětí v nemocnici, lidská důstojnost

Abstract

The diploma thesis deals with the approach of children's nurses to Ukrainian war refugee children requiring intensive oncological care. In nursing care, transcultural-multicultural nursing models are used as an ethical principle. In particular, the models of M. Leiningerová, J.N. Gigerová, and R. Davidhizarová created in the 1950s focus on holistic cultural care, health, and disease manifestations of individuals or groups and respect the common features of cultural values, beliefs, and practices.

Keywords

Ukrainians, migration, war, nursing, nursing model, transcultural-multicultural nursing, communication, human rights, child patient, the charter of children's rights in hospital, human dignity

Počet znaků (včetně mezer): 103182

Poděkování

Ráda bych poděkovala Th.Lic. Mgr. Denise Červenkové, Th.D. za cenné rady a připomínky, inspirativní a trpělivý přístup při vedení práce. Velký dík patří i manželovi a dětem za trpělivost, podporu a pochopení.

Obsah

Úvod.....	7
1. VÁLEČNÍ UPRCHLÍCI Z UKRAJINY V ČESKÉ REPUBLICE	9
1.1 UKRAJINA	9
1.2 AKTUÁLNÍ SITUACE V SOUVISLOSTI S PŘIJETÍM UKRAJINSKÝCH MIGRANTŮ	13
2. OŠETŘOVATELSTVÍ	18
2.1. HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ	18
2.2. SOUČASNÝ VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
2.3. OŠETŘOVATELSTVÍ V PEDIATRII	22
2.4. MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	30
3.KULTURNĚ SHODNÁ PÉČE Z HLEDISKA ETIKY	33
3.1. ETICKÝ KODEX SESTER – ICN	36
3.2. ETICKÁ ODPOVĚDNOST SESTRY A JEJÍ POVINNOSTI	39
3.3. ETICKÉ ZÁKLADY A ZÁSADY MULTIKULTURNÍ PÉČE	40
3.4. KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	41
3.5. TEORIE MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ	42
3.6. VÝZNAM MULTIKULTURNÍCH ZNALOSTÍ	54
V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	54
4. ZÁVĚR	57
Seznam použitých zkratk.....	59
Seznam literatury	60
Přílohy:.....	65

Úvod

V posledních letech si stále více uvědomujeme dopady celosvětové globalizace. Mimo jiné obory i v oblasti zdravotnictví je vidět zvyšující se počet pacientů cizinců. Ošetřovatelství je obor poskytující péči v oblasti ochrany a upevňování zdraví, má mírnit utrpení a působit v prevenci onemocnění. Ošetřovatelství je obor komplexní, uplatňující holistický přístup. Z profesního hlediska je k uplatňování holistického přístupu nutné a přirozené respektovat kulturní hodnoty komunity, význam tradic daného etnika i příslušnost k jednotlivým náboženstvím.

Mezi poměrně mladou, neznámou a opomíjenou oblast ošetřovatelství se v České republice řadí transkulturní – multikulturní ošetřovatelství. Multikulturní ošetřovatelství se vyvíjí od 50. let minulého století. Jeho význam se dostává do popředí jednak v souvislosti s celosvětovou globalizací, ale také s migrací, která má mnoho důvodů. Jedním z nich jsou, bohužel i válečné konflikty.

Chceme-li porozumět v kontextu kultury zdraví a nemoci, je zapotřebí hlouběji pochopit život lidí v odlišných kulturních a sociálních situacích. Při ošetřování pacientů je sestra konfrontována s různými hodnotami a profesním očekáváním. Každá taková situace vyžaduje od sestry nutnost znovu si uvědomovat v kontextu etických požadavků svoji primární odpovědnost vůči nemocným, kteří potřebují její péči.

Věnovat se tomuto tématu v diplomové práci mne inspirovalo jakým způsobem se v posledních měsících projevily dopady ukrajinské válečné uprchlické krize na naše zdravotnictví. Mezi uprchlíky se nachází i mnoho vážně nemocných pacientů, děti nevyjímaje. U dětí zejména těch, které procházejí aktivní onkologickou léčbou je třeba kontinuálně, bez zbytečných průtahů, navázat na započatou léčbu. Tato péče na sebe váže i mnoho etických otázek před které jsou sestry postaveny a musejí se s nimi podle svého svědomí vypořádat.

Ráda bych se ve své diplomové práci věnovala etickým dilematům, které péči o vážně nemocné dětské ukrajinské pacienty provázejí. V úvodu se budu věnovat pochopení ukrajinské minority, její kultuře, náboženství, zdravotnímu a sociálnímu systému a důvodům migrace, aktuální situaci související s poskytováním zdravotní a ošetřovatelské péče válečným uprchlíkům.

Ošetřovatelství se v našich zemích vyvíjí již od 10. století a celosvětově prochází velkým vývojem a změnami, ať už v ošetřovatelských postupech a přístupu k pacientům,

tak ve vzdělání a výchově zdravotních sester. Pro poskytování péče dětským pacientům se paralelně vyvíjel obor dětská sestra. Musíme si uvědomit, že dítě není malý dospělý, vyžaduje specifický přístup, který bere v úvahu jeho věk, vývojové a komunikační schopnosti, ale i rozdílné charakterové vlastnosti.

Další část mé diplomové práce se zabývá multikulturálním ošetřovatelstvím. Jeho vývojem, osobnostmi a etickými aspekty poskytování multikulturální péče. Komunikací v multikulturálním/transkulturní ošetřovatelství a představím hlavní představitelky koncepčních modelů teorie multikulturálního/transkulturního ošetřovatelství – Madeleine Leiningerové, Joyce Newman Gigerové a Ruth Elian Davidhizarové.

V závěru zhodnotím vztah mezi jednotlivými modely a jejich přínos pro ošetřovatelství a možné využití sestrami v praxi.

1. VÁLEČNÍ UPRCHLÍCI Z UKRAJINY V ČESKÉ REPUBLICE

Ukrajinci, největší národnostní menšina v ČR, již delší dobu patří do naší společnosti. Od poloviny 90. let přicházejí zejména z důvodů ekonomické krize na Ukrajině, jejich hlavním cílem je zajistit po materiální stránce rodinu a umožnit dětem finančně náročné studium. Mezi další důvody patří možnost získat nové zkušenosti a možnosti, případně sloučit rodiny, kdy do Čech za pracovníky přijíždějí manželky s dětmi pracovníků, kteří zde již několik let žijí a pracují. Podobně jako Polsko je Česká republika cílovou zemí pro Ukrajince pro svoji blízkou geografickou polohu, ale i pro jazykovou podobnost. Podle ČSÚ bylo v naší republice ke konci roku 2021 kolem 197 tisíc ukrajinských přistěhovalců.

1.1 UKRAJINA

Ukrajina (oficiálně od 24.8.1991) má status republiky. Je to druhá největší země Evropy po Rusku. Rozloha činí 603 700 km². Hlavním městem je Kyjev. Jedná se o osmou nejlidnatější zemi Evropy s 41,7 miliony obyvatel. V posledních desetiletích se však počet obyvatel prudce snižuje. Populace klesá nejen přirozeně (nízká porodnost 9%, vysoká úmrtnost 16%), ale také migrací obyvatel do jiných zemí, zejména České republiky, Polska, Kanady, ale také Ruska.... Na migraci obyvatel se nejvíce podílí sociální situace v zemi.

Na Ukrajině žije kolem 130 národností. Ukrajinci tvoří 78 %, Rusové tvoří 17 %.

Ukrajina hraničí s Ruskem, Běloruskem, Polskem, Slovenskem, Maďarskem, Rumunskem a Moldávií. Ukrajina se rozkládá v jihovýchodní části Evropy v jižní části je omývána Černám a Azovským mořem.¹

¹ MARTÍNEK, Jiří. *Ukrajina a Moldavsko turistický průvodce do zahraničí*. Olympia a. s. 2011, vydání první, 224 stran, IBSN 978-80-7376-267-4, str. 7

1.1.1. JAZYK

Oficiálním jazykem je ukrajinština, úřední jazykem je i ruština, zejména na východě. Ukrajinština je důležitá pro ukrajinský nacionalismus. V pravoslavné liturgii se používá staroslověnština. Mezi chudými rolníky se stále používá rusínština.²

1.1.2. NÁBOŽENSTVÍ

Nejrozšířenějším náboženstvím je pravoslavné křesťanství, rozštěpené do několika větví (Ukrajinská pravoslavná církev Kyjevského patriarchátu, Ukrajinská pravoslavná církev Moskevského patriarchátu, Ukrajinská autokefální pravoslavná církev)

Pravoslavná církev východní je souborné označení pro skupinu církví, které vznikly ve východní části křesťanstva. Výraz „*orthodoxos*“ však není chápán ve smyslu na Západě běžnějším jako „pravověří“, nýbrž v souvislosti s řeckým *doxa*, sláva: jde o pravou (*orthos*) oslavu. Sebevědomí pravoslavného křesťanstva není založeno jen na správnosti a úplnosti učení, ale hlavně na autentičnosti bohoslužebného života.³

Filipi upozorňuje, že: „Nikdo nemůže pravoslaví pochopit jen studiem dogmat a kanonických pravidel, pokud se nezúčastnil pravoslavné bohoslužby a nepronikl do ní. Naopak zase pravoslavný křesťan neodvozuje svoji příslušnost k pravoslaví ze souhlasu s církevním učením, nýbrž z živé účasti na bohoslužebném dění“.⁴

V západních oblastech Ukrajiny působí řeckokatolické a římskokatolické církve, z protestantských je nejvýraznější baptismus, v jižních oblastech, zejména na Krymu, muslimské. V lednu 2019 dosáhla Ukrajinská pravoslavná církev nezávislosti, tzv. autokefality. Část církve setrvává pod vedením moskevského patriarchy.⁵

1.1.3. VZDĚLÁVACÍ SYSTÉM

Základní a sekundární vzdělání je povinné, míra gramotnosti je téměř stoprocentní. Povinná školní docházka začíná v šesti letech. Univerzity jsou veřejné, zaměřené převážně na technické, všeobecné, pedagogické a lékařské vzdělání. Mnoho

² TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin.*

1. vyd. Praha: Triton, 2012. IBSN 978-80-7387-645-6, str. 53-74

³ Srov. FILIPI, Pavel. *Křesťanstvo. Historie, statistika, charakteristika křesťanských církví,* Centrum pro studium demokracie a kultury. Brno. 2012. IBSN 978-80-7325-280-9, str. 21

⁴ Tamtéž, str. 21

⁵ Informace o Ukrajině | Generální konzulát České republiky ve Lvově. *302 Found* [online]. Dostupné z: https://www.mzv.cz/lvov/cz/informace_o_ukrajine/index.html

Ukrajinců studuje na evropských vysokých školách a svým počtem se řadí mezi absolventy na čtvrté místo.⁶

1.1.4. SPECIFIKA V CHOVÁNÍ A KOMUNIKACI

Na chování a v komunikaci s Ukrajinci je vidět vliv ruské kultury. Specifika v komunikaci s Ukrajinci jsou totožné s komunikací s Rusy.

- Ukrajinci i Rusové mají svérázný vztah k dodržování termínů a času. Zpoždění považují za normální, proto raději uvádějí přibližný čas
- Umí pochválit a složit takovou poklonu, jakou neumí žádný jiný národ na světě
- Velmi dbají na společenské vystupování. Pozdrav při setkání a rozloučení je rituál
- Mají úctu ke svým tradicím, váží si jich a dokážou projevit vděčnost, když je respektujeme
- Umí trpělivě naslouchat, neskáčou do řeči, nevyslovují ukvapené soudy

Současná situace po anexi Ukrajiny Ruskem je pochopitelné a ohleduplné přijímat ukrajinské uprchlíky a pacienty jako občany svébytné národnosti a pokud nechtějí nespojovat je s ruskou minulostí.⁷

1.1.5. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SYSTÉM

Na Ukrajině neexistuje zdravotní pojištění, jako jej známe u nás. Nahrazuje jej sociální pojištění, do kterého patří:

- pojištění pro případ dočasné pracovní neschopnosti
- důchodové pojištění
- pojištění proti nezaměstnanosti
- pojištění proti zdravotním úrazům.

Ukrajina nemá systém zdravotního pojištění a lékařská péče je financována ze státního rozpočtu. Základním zdrojem příjmů k financování zdravotnictví je 18 % daň z příjmu fyzických osob, kterou ale odvádí jen asi polovina občanů v ekonomicky aktivním věku. Bezplatné zdravotnictví a školství, ale očekávají všichni. Jedním

⁶ PAVLÍKOVÁ, Eva., SLÁDEK Karel. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR*: kolektivní monografie. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009, 120 s. ISBN 978-808-6818-955

⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1 str. 116

z největších problémů v oblasti zdravotnictví je nízká proočkovanost populace. Například očkování proti dětské obrně nemá asi 50 % dětí do jednoho roku. V roce 2013 zařadil UNICEF Ukrajinu mezi země s vysokým rizikem výskytu dětské obrny (poliomyelitis). Ukrajina byla v roce 2021 jedinou zemí s výskytem poliomyelitidy (se dvěma klinickými případy). Vysoká je zde i míra lékově odolné tuberkulózy.

S průměrným věkem dožití 71 let v roce 2015 patřila Ukrajina podle žebříčku WHO na 104. místo ve světě, kromě Ruska tak má ze všech evropských zemí nejhorší postavení.⁸

1.1.6. MIGRAČNÍ VLNY UKRAJINCŮ

V ukrajinské historii proběhlo mnoho migračních vln, při kterých odcházelo mnoho milionů Ukrajinců ze své země. Na konci 19. a začátku 20. století byly důvody odchodu politické důvody, ale také přichází mnoho vysokoškoláků, kteří sem přicházejí studovat. Další mohutná vlna nastává ve 20. letech 20. stol. po neúspěšném boji Ukrajiny za nezávislost. Po 2. světové válce přicházejí uprchlíci nesouhlasící se Stalinovým režimem. Po roce 1989 je podnětem k emigraci ekonomická situace.

Nynější vlna – po 24. únoru 2022 – souvisí s válečným stavem po napadení Ukrajiny Ruskem. Kdy došlo k vyvrcholení krize vztahů mezi Ruskem a Ukrajinou. Tyto vztahy byly již dříve narušeny například v roce 2014 anexí Krymu, podporou separatistických republik na východě Ukrajiny Ruskem. Invaze Ruska má za cíl uznat nezávislost separatistických republik, částečnou demilitarizaci, změnu vlády na Ukrajině a její neutralitu. Útoky byly původně vedené proti vojenským a strategickým cílům. Záhy se díky důkazům ze sociálních sítí a médií ukázalo, že jsou útoky vedené i proti civilistům a střely jsou vedeny i na civilní cíle a obytné budovy.

V důsledku tohoto konfliktu opustilo během několika týdnů území Ukrajiny více než 4 miliony utečenců, mířících do západní Evropy. Jejich cílem bylo zejména Polsko, Německo, Maďarsko a Česká republika. Mezi uprchlíky je nejvíce žen a dětí. Na ukrajinské muže mezi 18–60 lety se vztahuje mobilizace, a proto nesmí opustit území Ukrajiny a jsou zapojeni do obrany své vlasti.⁹

⁸ TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*.

1.vyd. Praha: Triton, 2012. IBSN 978-80-7387-645-6

⁹ Mapa: Ruská invaze vyhnala z Ukrajiny pět milionů lidí. Česko vydalo 381 tisíc víz - Aktuálně.cz. *Zprávy - Aktuálně.cz* [online]. Copyright © [cit. 20.03.2023]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/uprchlici-pocty/mapa/r~d5c11f6ea37611ec9ba00cc47ab5f122/>

1.2 AKTUÁLNÍ SITUACE V SOUVISLOSTI S PŘIJETÍM UKRAJINSKÝCH MIGRANTŮ

Od 24. února 2022, kdy začal válečný konflikt na Ukrajině, zaregistrovala Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále VZP) téměř 367,5 tisíc příchozích z Ukrajiny, z nich necelých 120 tisíc jsou děti do 18 let. Většina příchozích (168,8 tisíc) jsou ženy starší 18 let, mužů starších 18 let pak VZP zaevidovala 78,8 tisíc. Občané Ukrajiny, kteří požádají o tzv. dočasnou ochranu v souvislosti s válečným konfliktem, mají na jejím základě stejné právo na poskytnutí zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění jako občané České republiky.¹⁰

1.2.1 LEX UKRAJINA

2. března 2022 vyhlásila vláda České republiky nouzový stav umožňující nařídit pracovní povinnost členům záchranných složek.

Následně 4. března 2022 rozhodla rada EU o aktivaci společného unijního nástroje – pobytový status dočasné ochrany. Dočasná ochrana je spící institut, který Rada Evropské Unie aktivuje v případě, že nastane stav hromadného přílivu osob. Vychází z práva Evropské Unie, ze směrnice 2001/55/EC ze dne 20. července 2001. Do právního řádu České republiky byla implementována zákonem č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců. Tento institut byl poprvé aktivován právě v březnu 2022 prováděcím rozhodnutím Evropské rady č. 2022/382 ze dne 4. března 2022, a to ke dni 21. března 2022, a zároveň byl stanoven okruh osob, na které se bude dočasná ochrana vztahovat. Jedná se o osoby, které mají občanství Ukrajiny a pobývaly na Ukrajině ke dni 24. února 2022, a konkrétně vymezený okruh jejich rodinných příslušníků.

21. března 2022 nabyl účinnosti také první z řady tzv. lex Ukrajina, zákon č. 65/2022 Sb., který upravuje dočasnou ochranu v České republice a do okruhu osob, které na ni mají nárok přidal také osoby s trvalým pobytem na Ukrajině, pokud se nemohou vrátit do svého státu občanství. V počátečních dnech války chtěla Česká republika poskytnout příchozím dlouhodobý legální statut, a tak vytvořila speciální podtyp

¹⁰ Rok války na Ukrajině – data o čerpání zdravotní péče Ukrajinci v Česku – VZP ČR. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2023 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/rok-valky-na-ukrajine-data-o-čerpani-zdravotni-pece-ukrajinci-v-cesku>

dlouhodobého víza za účelem strpění podle §33 odst. 1 zákona o pobytu cizinců. Tato víza se dne 14. března 2022 automaticky překlopila do dočasné ochrany.¹¹

V současné době, v březnu 2023 je v platnosti již čtvrtý z řady zákonů lex Ukrajina. Uprchlíkům z Ukrajiny, kteří do konce roku 2022 získali tzv. dočasnou ochranu, vyprší jejich pobytové oprávnění na konci března 2023. Před tímto termínem si ji mohou prodloužit na stránkách Ministerstva vnitra a dočasná ochrana jim bude prodloužena do 30. září 2023. Poté bude jejich nárok na prodloužení posouzen a pokud splní všechny zákonné podmínky, dočasná ochrana jim bude prodloužena až do 31. března 2024.¹²

1.2.2. KACPU

KACPU – Krajská asistenční centra pomoci Ukrajině vznikla velice časně jako reakce na velké množství přicházejících osob. Byla otevřena v prvním březnovém týdnu 2022 v každém krajském městě. Na těchto místech byla zřízena detašovaná pracoviště orgánů veřejné správy. Pracoviště byla obsazena pracovníky Cizinecké policie (registrace adresy příchozích), Odbor azylové a migrační politiky (vydávání nejprve víz strpění, později dočasné ochrany), pracovníci zdravotní pojišťovny VZP, Úřadu práce a velkých bank. Pomoc se zajištěním nejrůznějšího typu ubytováním pomáhali zajistit pracovníci Hasičského záchranného sboru, další pomoc poskytovali centra pro integraci cizinců a nevládních organizací (Charita ČR, Diakonie apod.).¹³

Registrací na KACPU v Plzni získají uprchlíci z Ukrajiny na jednom místě:

- Registrace, kontrola dokladů, identifikace (lustrace)
- Udělení víza, doklady apod.

¹¹Lex Ukrajina – základní přehled: Migrace Online. *home: MigraceOnline.cz* [online]. Dostupné z: <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/lex-ukrajina-zakladni-prehled>

¹²Rok války na Ukrajině – data o čerpání zdravotní péče Ukrajinci v Česku – VZP ČR. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2023 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/rok-valky-na-ukrajine-data-o-cerpani-zdravotni-pece-ukrajinci-v-cesku>

¹³Seznam Krajských asistenčních center pomoci Ukrajině – Ministerstvo vnitra České republiky. *Úvodní strana – Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Copyright © 2023

Ministerstvo vnitra České republiky, všechna práva vyhrazena [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/seznam-krajskych-asistencnich-center-pomoci-ukrajine.aspx>

- Registrace zdravotního pojištění
- Zdravotní zabezpečení
- Humanitární pomoc – strava, nápoje, oblečení, hygienické potřeby
- Psychosociální pomoc
- Zajištění ubytování
- Doprava na ubytování
- Kontakty na pracovnice Odboru školství, mládeže a tělovýchovy Magistrátu města Plzně, které pomohou s umisťováním dětí do základních a mateřských škol¹⁴

Zřízením těchto center organizované pomoci dal náš stát najevo, že válku bere vážně a chce vyjádřit určitou míru solidarity lidem prchajícím před válečným konfliktem do bezpečí. Mezi občany České republiky se zvedla velká vlna solidarity, ať už v pomoci s nabídkou ubytování, sbírkami potravin a hygienických potřeb, oděvů a podobně.

1.2.3. ZDRAVOTNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ UPRCHLÍKŮM Z UKRAJINY

S narůstajícím počtem uprchlíků z Ukrajiny bylo zapotřebí řešit i poskytování zdravotních služeb těmto osobám. Proto byl vydán Doporučený postup Ministerstva zdravotnictví k poskytování zdravotních služeb uprchlíkům z Ukrajiny ze dne 28. března 2022. Ministerstvo zdravotnictví v něm vychází z Analýzy stavu veřejného zdraví pro země hostující uprchlíky, kterou vydala Světová zdravotnická organizace dne 17. března 2022, a ze stanoviska České vakcinologické společnosti ČLS JEP a „Mezioborového stanoviska Poskytování zdravotní péče uprchlíkům z Ukrajiny“, které společně vydaly odborné lékařské společnosti např. Sdružení praktických lékařů ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Česká pediatriká společnost a další.

Do České republiky přišlo během prvních týdnů války více než 300 000 uprchlíků z Ukrajiny. Těmto osobám je zajištěn pobytový status i účast v systému veřejného zdravotního pojištění, a to ve stejném rozsahu jako českým pojištěncům. Z hlediska Ministerstva zdravotnictví a vlády České republiky je naprosto zásadní, aby všem uprchlíkům byla poskytnuta zdravotní péče, kterou potřebují.

¹⁴ Pomoc Ukrajině / Допомога Україні: oficiální informační server města Plzně. *Plzeň – oficiální informační server města: oficiální informační server města Plzně* [online]. Copyright © 2023 Statutární město Plzeň [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: https://www.plzen.eu/pomoc-ukrajine/chap_135807724/pomoc-ukrajine-dopomoga-ukra-n-1.aspx

Zajištění zdravotních služeb přicházejícím uprchlíkům však vyžaduje v některých ohledech specifický přístup ze strany zdravotnických pracovníků i poskytovatelů zdravotních služeb (například zajištění tlumočení). Z uvedených důvodů je v Doporučeném postupu Ministerstva zdravotnictví pro poskytovatele zdravotních služeb stanoven postup určený ke sjednocení poskytování zdravotních služeb na území České republiky a současně tento doporučený postup upravuje i pravidla pro poskytování první pomoci v Krajských asistenčních centrech pomoci Ukrajincům (KACPU), která jsou zřízena v jednotlivých krajích.

Dále jsou v Doporučeném postupu MZ ČR uvedena doporučení týkající se:

- I. Zajištění první pomoci uprchlíkům
- II. Zajištění primární péče
- III. Pracovně lékařské prohlídky
- IV. Speciální postupy u dětí (zejména s ohledem na stav očkování)
- V. Postupy na urgentním příjmu a při přijetí do nemocnice
- VI. Obecné zásady přístupu k pacientovi
- VII. Odborná východiska

Součástí vydaného dokumentu je zdravotní dotazník v česko/ukrajinsko/ruské verzi a očkovací kalendář.¹⁵

1.2.4. UA POINT

Na základě pokynu Ministerstva zdravotnictví třídily nemocnice tzv. UA POINTy, kde dostanou zdravotní péči všichni ukrajinští uprchlíci, kteří ji budou potřebovat. Na místě je poskytována lékařská pohotovostní péče pro dospělé, pro děti a dorost z Ukrajiny a v případě zvýšeného zájmu i gynekologicko-porodnická ambulance. Tlumočnické služby jsou zajištěny.¹⁶ UA POINTy byly zřízeny prioritně ve všech krajských a fakultních nemocnicích v republice, ostatním nemocnicím bylo zřízení UA POINTu doporučeno.

¹⁵ Ministerstvo zdravotnictví [online]. Copyright © [cit. 21.03.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/03/Doporučeny-postup-MZ-CR-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-uprchlikum-z-Ukrajiny.pdf>

¹⁶ UA POINT – медичне обслуговування українських біженців – Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví [online]. [cit.21.03.2023] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/uapointy-lekarska-pece-pro-ukrajinske-uprchliky/>

Po vyplnění anamnestického dotazníku jsou příslušná data nemocného zadána do příslušných informačních systémů a je poskytnuta péče buď přímo v ordinaci UA Pointu, nebo je nemocný poslán do příslušné odborné ambulance. Zvláště bylo nutné zajistit i kontinuitu v péči o vážně a chronicky nemocné. Pro snadnější komunikaci jsou připraveny česko – ukrajinsko – ruské komunikační karty sloužící k možnosti lepšího porozumění mezi pacientem a zdravotníkem.

1.2.5. LÉČBA UKRAJINSKÝCH DĚTÍ

Mezi uprchlíky se nachází i mnoho vážně nemocných dětských pacientů. Zvláště děti, které procházejí aktivní onkologickou léčbou je třeba kontinuálně, bez zbytečných průtahů, navázat na započatou léčbu.

Česká republika přijala od začátku ruské invaze na Ukrajině sedm desítek dětských onkologických pacientů. Jejich léčbu často komplikuje neúplnost zdravotnické dokumentace, která byla ve válečných podmínkách buď zničena, nebo ji lékaři nemohou získat.¹⁷ V českých nemocnicích se na Klinikách dětské onkologie a hematoonkologie v uplynulém roce léčilo více než sedmdesát onkologicky nemocných dětských pacientů.

Ve FN Plzeň na Oddělení dětské hematoonkologie, na kterém pracuji, byly v loňském roce poskytnuty zdravotní služby zhruba dvěma desítkám dětských pacientů.

¹⁷ Léčbu ukrajinských dětí v Česku komplikuje neúplná nebo nedostupná zdravotnická dokumentace — ČT24 — Česká televize. ČT24 — *Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR* — Česká televize [online]. Copyright © Česká televize 1996 [cit. 21.03.2023]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/3536143-lecibu-ukrajinskych-deti-v-cesku-komplikuje-neuplna-nebo-nedostupna-zdravotnicka>

2. OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je obor, který se neustále rozvíjí. Až do minulého století postaven převážně na intuici, tradici a na praktických zkušenostech. V 50. letech dvacátého století dochází k jeho dynamickému rozvoji, a to prioritně v USA.¹⁸ Jako samostatný vědní obor má ošetřovatelství za úkol zkoumat ošetřovatelské aspekty péče o člověka a skupiny, interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků na uspokojování potřeb. Poznatky tohoto oboru jsou postaveny na ošetřovatelských koncepcích a teoriích. Vycházejí jednak z filosofických směrů, světového názoru a jako každý obor má i své etické zásady.

2.1. HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Péče a ošetřování nemocných bylo odnepaměti chápáno jako morální povinnost člověka člověku v utrpení, bolesti, ale i těžkých životních situacích. Vývoj ošetřovatelství má v evropských zemích řadu shodných prvků a svá regionální specifika, včetně historických. Nejen v českých zemích se v ošetřovatelství rozvíjejí tři linie péče o nemocné:

- *Laická péče* – poskytuje si ji nemocný sám, nebo jeho blízcí ve shodě s tradicemi, tato péče může být nazývána sebepéčí
- *Charitativní péče* – nemocným byla poskytována převážně církevními řády v charitativních domovech, je poskytována i v současnosti
- *Organizovaná léčebná péče* – počátky nalezneme na konci 19. století. Rozvíjí se v souvislosti s válečnými konflikty a je spojena s rozvojem medicíny¹⁹

Přímou povinnost ošetřovat nemocné převzaly i rytířské řády. Bratři z hospitálu sv. Jana ošetřovali nemocné v Jeruzalémě v době křižáckých válek. Proměnili se tak v řád johanitů, maltézských rytířů. Jejich hospitály se rozšířily po evropských zemích. Hospitály zakládali i němečtí rytíři a templáři. V Praze založila roku 1234 královská dcera

¹⁸ JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*. Ostravská univerzita Ostrava. Ostrava 2002. ISBN 80-7042-339-0, str. 6

¹⁹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Grada Publishing, a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3224-4, str. 14

sv. Anežka Česká Přemyslovna klášter a špitál, u něhož pracovali členové rytířského řádu křížovníků s červenou hvězdou.²⁰

Z řádů, které se věnovali ošetřování nemocných, je třeba zmínit např. Vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, Johanité – rytířský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského, Suverénní řád maltézských rytířů, Řád milosrdných bratří, Alžbětinky – Řád sv. Alžběty Durynské, Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Křížovníci s červenou hvězdou, Kongregace Šedých sester III. Řádu sv. Františka.²¹

V období krymské války (1853–1856) dochází k zásadnímu posunu v ošetřovatelství v Evropě, a to díky několika významným osobnostem. Zejména osobnost anglické ošetřovatelky Florence Nightingalové, která vytvořila první koncepci ošetřovatelství, vycházející z charitativního pojetí péče o nemocné, zdůrazňující zejména humánní motivy ošetřovatelství. Původní laické pečování rozšířila o prvky ošetřovatelské a lékařské. V roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu na světě. Základy ošetřovatelství, které Nightingalová založila, zdůrazňují aktivní přístup ošetřovatelek k nemocnému, jeho prostředí, uspokojování základních životních potřeb a zejména vysokou odbornost sester, jsou v modifikovaných verzích platné dodnes.²²

V českých zemích se první ošetřovatelské školy začaly vznikat již v Rakousko-Uhersku po roce 1874. Založení První ošetřovatelské školy v Praze iniciovaly spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, zastánkyně ženských práv. Ve škole vyučovali lékaři přednášející současně na Lékařské fakultě univerzity Karlovy. Škola však po několika letech zanikla, ale významně poukázala na potřebnost systematicky vzdělávat sestry. V této době si každá klinika vzdělávala svůj ošetřovatelský personál sama. Státní dvouletá ošetřovatelská škola (1916), která pokračovala i po první světové válce měla vysokou odbornou úroveň a byla tak vzorem pro další ošetřovatelské školy v nově vzniklém Československu. Absolventky této školy založily Spolek diplomovaných sester, který pořádal vzdělávací kurzy pro sestry, pomáhal zakládat další ošetřovatelské školy. V roce 1933 byl přijat za člena Mezinárodní rady sester. Velkou

²⁰ KUČEROVÁ 2011 – Jana KUČEROVÁ: Domácí hospicová péče poskytovaná Charitou Česká republika (Bakalářská práce na Fakultě zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni). Plzeň 2011

²¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Grada Publishing, a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3224-4, str. 18

²² KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 2. vyd. Grada, 2015. IBSN 978-80-247-9856-1 str. 18

podporovatelkou ošetrovatelství byla dcera prvního československého prezidenta Alice Masaryková. Předsedkyně Československého červeného kříže, později Hana Benešová.

V roce 1946 se otevřela Vyšší ošetrovatelská škola, připravující sestry-učitelky pro ošetrovatelské školy a současně poskytovala vzdělání pro vrchní sestry.

Vzdělávání sester se zásadně změnilo po roce 1948. Ošetrovatelské školy byly zařazeny do systému odborných škol a zásadně se změnil obsah studia. Státní zdravotní správa-sjednocené zdravotnictví převzala v roce 1951 všechny zdravotnické služby a Československé zdravotnictví se budovalo na socialistických základech. Dvouleté ošetrovatelské školy se změnily na čtyřleté, ukončené maturitní zkouškou. Zcela zásadně se proměnila příprava sester. Ošetrovatelství reagovalo na potřeby lékařů, sestry přebíraly úkony, které dříve nebyly v jejich kompetenci. Střední zdravotnické školy vzdělávaly nejen všeobecné sestry, ale také dětské sestry, rehabilitační pracovníky, ženské sestry, rehabilitační a radiologické pracovníky a další. Pro praxi sester je nutné doplňovat a rozšiřovat si průběžně vědomosti, proto vznikl v roce 1960 Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (IDVZP) nejprve v Brně a Bratislavě, později i v Praze. Bylo otevřeno vysokoškolské studium pro učitelky odborných předmětů na SZŠ²³ a začala působit Česká společnost sester jako odborná zájmová instituce zaměřená na rozvoj ošetrovatelství a odborný růst sester. Tato společnost se od roku 1982 stala součástí Mezinárodní rady sester (ICN).

2.2. SOUČASNÝ VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ

Zlom v ošetrovatelství u nás přichází po roce 1989. Dochází k reformě ošetrovatelského školství, a to s přihlédnutím a doporučením Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Stálé rady sester Evropské unie. Oficiální směr vývoje oboru dává Koncepce českého ošetrovatelství. Specifikuje kategorie zdravotnických pracovníků a jejich různé stupně kompetencí. Sestry jsou vzdělávány jako samostatně pracující pracovníci na vymezených úsecích ošetrovatelství, mají nejvyšší stupeň vzdělání, které získají:

- Kvalifikačním studiem, ukončené absolutoriem
- Specializační přípravou zaměřenou na klinické obory a různé formy terénní a nemocniční péče, kterými si rozšířila všeobecnou kvalifikaci absolvovanou

²³ KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 2. vyd. Grada, 2015. IBSN 978-80-247-9856-1 str. 20

v akreditovaných institucích a nemocnicích majících oprávnění poskytovat takovéto vzdělávání

- Univerzitním vzděláváním postkvalifikačním v oboru ošetrovatelství na univerzitách, nejčastěji lékařských fakultách jako bakalářské, magisterské a doktorandské, určené absolventům středních nebo vyšších odborných škol
- Trvalým kontinuálním vzděláváním, ve kterém byly sestry povinny udržovat své odborné znalosti na úrovni nových vědeckých poznatků²⁴

²⁴ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR: Koncepce ošetrovatelství*. Metodické opatření, částka 6, 2021

2.3. OŠETŘOVATELSTVÍ V PEDIATRII

2.3.1. VÝVOJ DĚTSKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Péče o děti v medicínské a ošetrovatelské oblasti s ohledem na specifika dětského věku vnesla do svých pozorování již zakladatelka ošetrovatelství Florence Nightingalová. Její úsilí bylo zaměřeno na zlepšení přístupu k ošetrovaným hospitalizovaným dětem, budování dětských nemocnic a přípravu sester se zaměřením na péči o děti.²⁵

Počátky oboru dětské sestry souviselo s rozvojem dětského lékařství. Oddělená péče o děti začala již v 18. století, ale znalosti o příčinách dětských onemocnění, jejich projevech, výživě dítěte či hygieně byly na nízké úrovni.²⁶

Rozdíly mezi dětmi a dospělými začaly být respektovány kolem roku 1821, kdy došlo ke změnám ve výuce lékařů. Více se začalo přihlížet k odlišnostem v různých věkových kategoriích, potřebě jiného přístupu v léčbě a péči o děti. Ve velkých městech se postupně začaly zřizovat dětské nemocnice. Propojení dětského lékařství a dětského ošetrovatelství se logicky propojilo s počátky vzdělávání v oboru pediatrie. Ošetrovatelky, které poskytovaly dětem péči založenou zejména na pozorování, je možné pokládat za první dětské sestry.

2.3.2. VÝVOJ VZDĚLÁVÁNÍ DĚTSKÝCH SESTER

Jak se postupně měnil vztah společnosti k dětem, měnilo se i vzdělávání v péči o děti. Na přelomu 19. a 20. století byly sestry pečující o děti vzdělávány pouze v přednáškách o dětských nemocech, ale nezahrnovaly informace o zvláštích dětského věku. Jako první v roce 1922 Dr. Q. Mann v nemocnici v Krči zahájil kurzy se zaměřením péče o děti. V literatuře je toto vzdělávání zaznamenáno jako první škola dětských sester. Švejcárova škola pro výuku dětských sester byla založena v Praze roku 1946.

Zásadní změny v ošetrovatelském školství po roce 1948 se změnou školského zákona. Výuka probíhala po dobu čtyř let a byla ukončena maturitní zkouškou.

²⁵ VACUŠKOVÁ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 1. část.* 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7

²⁶ SEDLÁŘOVÁ, P., a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-7013-263-9.

V období do roku 1995 se vzdělávání dětských sester měnilo jen minimálně. Profil absolventek byl zcela poplatný své době. Hlavní důraz byl na formování světového a vědeckého názoru, utváření ideového a politického přesvědčení, upevňování mravního a charakterového vývoje, včetně přípravy k obraně socialistické vlasti. Po odborné stránce byly studentky připravovány tak, aby po absolvování nástupní praxe a zapracování mohly vykonávat činnosti středního zdravotnického pracovníka v oblasti léčebně preventivní péče a výchovné péče o děti v oboru dětská sestra.²⁷

Ve školním roce 1996/1997 se otevřelo poslední čtyřleté denní studium dětských sester na Středních zdravotnických školách a následně bylo ukončeno. Nahrazeno bylo studiem na Vyšších odborných školách oborem Diplomovaná dětská sestra, toto studium probíhalo do roku 2004. Se vstupem České republiky do Evropské unie se v roce 2004 změnily podmínky pro vzdělávání sester. Evropská unie, WHO a dokumenty Mnichovské deklarace jednotně podporují akademickou úroveň vzdělávání. Obor dětské sestry byl proto přesunut do celoživotního vzdělávání.

Praxe prokázala, že systematické vzdělávání je pro výchovu dětských sester zcela zásadní. Proto studijní obor Diplomovaná dětská sestra na Vyšších odborných školách získal v roce 2018 znovu akreditaci. Hlavním cílem tohoto profesního vzdělávání je podpora růstu a zdravého vývoje dětí, snaha vytvořit optimální podmínky pro komunikaci mezi sestrou, rodinou a samotným dítětem, budovaná přátelského vztahu založeného na důvěře.²⁸

2.3.3. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DĚTI

Ošetřovatelská péče je samostatná vědecká disciplína. Je přesně stanovena vyhláškou 55/2011Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ošetřovatelská péče se soustředí na uspokojování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb.

Ošetřovatelskou péčí dětem mohou poskytovat dětské sestry nebo všeobecné sestry se specializačním vzděláním v Ošetřovatelské péči v pediatrii. Pro výkon povolání jsou nezbytné i osobnostní a morální předpoklady a vlastnosti, jako je obrovská míra

²⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKOSLOVENSKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLIKY. *Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy. Studijní obor 53–02-6 dětská sestra. Denní studium absolventů základní školy.* DP MNV Rozstání: 598-84. Neprodejný výtisk. 1984

²⁸ SIKOROVÁ, Lucie, *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4735-931

trpělivosti, pozorovací schopnosti, citlivost k dětskému trápení, láska k dětem, předpoklady k výchovné práci s dětmi, estetické cítění, ale také hudební a výtvarné schopnosti.²⁹

Základní ošetrovatelská péče v pediatrii se zabývá péčí o děti v nejrůznějších věkových a vývojových obdobích, a to od narození do devatenácti let. Proto je péče rozdílná u novorozence, dítěte školního věku nebo adolescenta. Tato specifika péče je nutné zohlednit při každé příležitosti. Ošetrovatelský proces v pediatrii má za úkol uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb dítěte spolu s uspokojením potřeb jistoty a bezpečí. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče v pediatrii je rodina. Péče rodičů nebo zákonných zástupců má nezastupitelnou roli v péči o dítě. První edukace probíhá již v porodnici, kde jsou novopečené maminky edukovány v péči o novorozence.

2.3.4. POTŘEBY HOSPITALIZOVANÉHO DĚTSKÉHO PACIENTA

Hospitalizace je pro dětského pacienta i celé jeho okolí velmi náročnou životní situací. Podle Maslowovy³⁰ Pyramidy potřeb, je zapotřebí nejprve uspokojit potřeby nižší, aby mohly být uspokojovány potřeby vyšší. U dětí je třeba přihlídnout k jejich věku a vývoji. Nejdůležitější potřebou u dětí je nesporně potřeba bezpečí, jistoty, lásky, přijetí a sounáležitosti.³¹

U nemocného dítěte se potřeby prakticky neliší od zdravých dětí. Vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu stavu, možné hospitalizaci se dostávají do popředí pocity ohrožení, strachu z neznámého, dítě je vystrašené. Proto je třeba uspokojovat potřeby psychické, ale samozřejmě také fyzické. Dítěti, které je v důsledku nemoci omezené v pohybu a upoutáno na lůžko je zapotřebí dát dostatek podnětů a stimulů, to je úkol zejména dětské sestry a herního terapeuta, pokud pracuje v ošetrovatelském týmu. Je důležité, aby sestra vždy vysvětlila dítěti, přiměřeně jeho věku, každý postup výkonu či vyšetření a pokud je to možné, zajistila přítomnost rodiče.

²⁹ VACUŠKOVÁ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 1. část.* 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7 str. 14

³⁰ A.H.Maslow – americký psycholog, který vytvořil „Pyramidu potřeb“ podle které dělíme potřeby člověka podle naléhavosti na nižší (základní fyziologické potřeby) a vyšší (uznání, úcta, seberealizace). Platí, že pokud nejsou uspokojeny nižší potřeby nemůže jedinec uspokojovat potřeby vyšší.

³¹ SIKOROVÁ, Lucie, *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4735-931, str. 20

Od roku 1993 kdy byla schválena Charta práv hospitalizovaných dětí, která má zajistit dětem lékařskou a ošetrovatelskou péči, která svými specifiky odpovídá psychosociálním potřebám dětí a je prováděna v prostředí přizpůsobeném dětskému pacientovi za podpory osob blízkých dítěti.

Charta práv hospitalizovaných dětí:

- 1. Děti mají být přijímány do nemocnice jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.*
- 2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.*
- 3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*
- 4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.*
- 5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.*
- 6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.*
- 7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.*
- 8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.*
- 9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.*

10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu.³²³³

Aplikování této charty do praxe přináší zcela jiné možnosti v přístupu a ošetřování dětských pacientů. Dětská oddělení se mění, prostředí se přizpůsobuje dětem. Výzdoba na dětských odděleních je pestrá, veselá. Na výzdobu přispívají nejrůznější nadace a sponzoři. Na odděleních vznikají herny přizpůsobené svým vybavením všem dětským věkovým skupinám. Pokoje bývají vybaveny nábytkem a lůžky odpovídajícím věku pacientů. Bílé povlečení se nahrazuje veselejším barevným s motivy, které se líbí dětem a dospívajícím. Samozřejmostí je vlastní pyžamko a oblečení. Pokud to epidemiologická situace daného oddělení dovolí, mohou mít děti u sebe nějakou svoji oblíbenou hračku, plyšáka nebo polštářek. Nyní se děti neobejdou bez vlastního mobilního telefonu či tabletu, díky kterým mohou být ve spojení se svými vrstevníky.

Ve většině případů je samozřejmé, že s dětmi do šesti let mohou být hospitalizováni rodiče a jejich hospitalizace je placena z veřejného zdravotního pojištění, u dětí starších šesti let vážně a chronicky nemocných záleží na možnostech jednotlivých oddělení, zda je rodič hospitalizován s dítětem (i rodičům dětí starších šesti let může být pobyt hrazen ze zdravotního pojištění, a to na základě schválení individuální žádosti revizním lékařem zdravotní pojišťovny), nebo na noc odchází spát na pokoj rodičů nebo na ubytovnu. Pouze jednotky intenzivní a resuscitační péče mají striktní podmínky, pro návštěvy rodičů, vyplývající ze specifik náročnosti zdravotní péče.³⁴

2.3.5. SPECIFIKA JEDNOTLIVÝCH DĚTSKÝCH VĚKOVÝCH OBDOBÍ VE VÝVOJI A KOMUNIKACI

Dokonalá znalost normálních projevů zdravého dítěte v jednotlivých oblastech vývoje a rozvoje komunikačních dovedností dopomáhá sestřám a lékařům včas rozpoznat signály upozorňující na rozvoj patologických příznaků a umožnit léčebně zasáhnout.

³² Charta hospitalizovaných dětí vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ se sídlem v Londýně. Charta práv dětí v nemocnici byla schválena na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988, přihlásil se k ní i Český výbor pro UNICEF.

³³ ONDŘIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6, str. 134

³⁴ Podmínky pro návštěvu rodičů na jednotlivých odděleních upravuje Provozní řád Dětské kliniky FN Plzeň

Proto je již při vzdělávání a výchově dětských sester kladen velký důraz na znalosti v rozlišení jednotlivých věkových období.

Novorozenecký věk – od narození do 28. dne po narození. Dítě se adaptuje na mimoděložní podmínky, mohou se vyskytovat vrozené vývojové vady. Imunitní systém je velmi nezralý. Chování novorozence je regulováno instinktivně. V komunikaci dominuje tzv. primární vazba – silné emoční pouto mezi matkou (blízkou osobou) a dítětem. V tomto období u dítěte převažuje neverbální komunikace.

Kojenecké období – od 29. dne do konce 12. měsíce věku. Dochází k určité vývojové revoluci, a to jak v somatickém, neuropsychickém, ale i motorickém vývoji. Také ve vývoji řeči dochází k zásadnímu pokroku – od „broukání“ až k používání prvních jednoduchých slovíček. V komunikaci převažuje používání vokálních a neverbálních signálů, intonace, tón hlasu. Na dítě mluvíme při každé možné příležitosti a zároveň podporujeme jeho odpovědi vokalizováním. Při komunikaci s dítětem dbáme na správný řečový vzor.

Batolecí období – období mezi 1. a 3. rokem. Charakteristické je postupné osamostatňování. Dítě se zdokonaluje v pohybu i v komunikaci s okolím. Batole lépe rozumí řeči, poznává význam slov. Postupně přechází od jednoduchých jedno až dvouslabičných slov k rozvinutějším větám. Zpočátku dítě o sobě hovoří ve třetí osobě (používá svoje jméno), na počátku třetího roku začíná používat první osobu (já...sám).

Předškolní období – věk od 3 do 6 let. V tomto období dochází k dalšímu postupnému osamostatňování dítěte. Na konci tohoto období je dítě schopno nastoupit školní docházku a zapojit se plně do kolektivu vrstevníků. Komunikace tříletého dítěte je většinou ještě hodně nezralá, dítě nahrazuje jednotlivé hlásky jinými, vyslovuje nepřesně. Postupně se vyslovování upravuje a na začátku školní docházky většinou dítě hovoří správně, někdy s malou logopedickou pomocí. V tomto období je třeba dítě vhodně k mluvení a komunikaci s ostatními motivovat a podporovat celkově jeho sebevědomí. Tento věk je typický větším prožíváním fantazie a rozvojem strachu. Je proto vhodné se o těchto věcech dozvědět a dítěti vše s citlivostí vysvětlit. Rovněž je důležité v dítěti podpořit sebevědomí, chválit jej, pokud se mu něco podaří, ale zároveň jej povzbudit, pokud je v nějaké aktivitě neúspěšné.

Mladší školní věk – od 6 do 11 let. Začátek tohoto období je spojen s nástupem dítěte do školy, závěr období je zcela individuální a je spojen s počátkem období dospívání. Odlišnosti sledujeme i u jednotlivých pohlaví. S nástupem dítěte do školy se slovní zásoba rozšiřuje. Roste délka a složitost vět, dítě si osvojuje pravidla gramatiky. V rámci

komunikace je správné učit děti rozlišovat pravdu a lež. Vztah v komunikaci by měl nadále zůstat otevřený, rodiče by měly být pro dítě nejen důvěrníky, ale i autoritou. V tomto období se vytvářejí i důležité vztahy s vrstevníky, vznikají nová kamarádství. Rodiče by se měli o kamarády svých dětí zajímat, seznámit se s nimi a pomáhat svému dítěti utvářet si na kamarády názor.

Období dospívání – od 11 do 19 let. Jedná se o období od počátku pubertálního vývoje přes dosažení plné pohlavní zralosti, až do ukončení tělesného růstu. Toto období je velmi dlouhé a rozmanité. Komunikace by měla být otevřená, respektující, budující důvěru mezi dospívajícími a dospělými. V komunikaci bychom neměli být rychlí a ukvapení. Důležité je umět naslouchat. V tomto období dospívající dají více na názor kamarádů a vrstevníků. V současné době hrají důležitou roli i sociální sítě.

2.3.6. ZÁSADY KOMUNIKACE S NEMOCNÝMI DĚTMI

Každá nemoc se vždy promítá do celé osobnosti dítěte a podle toho také nabývá u každého dítěte poněkud jiné osobité podoby. Každé dítě si jinak nemoc uvědomuje a jinak ji prožívá. Někdy trpí dítě pocitem viny a jindy jej děsí představa smrti nebo trvalé invalidity. Osobnost dětského pacienta je stejně individuální jako osobnosti všech ostatních lidí. Každý zdravotnický pracovník by měl mít nejen důkladné vědomosti, ale i živý zájem o děti, trvalou snahu porozumět jim a chovat se laskavě, citlivě a vřele což by mělo pramenit z jeho vlastní povahové vyrovnanosti.³⁵

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. Komunikace je bezprostředně podmíněna zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků.

Sestra komunikující s dětským pacientem musí brát v úvahu mnoho důležitých faktorů. Nejen cizí prostředí, cizí tváře, bolest či jiné nepříjemné projevy nemoci, to vše v dítěti vyvolává strach a nepředstavitelnou úzkost. V tomto okamžiku je pro dítě vytvoření pocitu jistoty, bezpečí a lásky. Laskavý a klidný hlas dopomůže k vytvoření příznivé atmosféry. Pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje nespěchat. Představit se dítěti křestním jménem, usmívat se. Děti hospitalizaci a všechna vyšetření zvládají lépe pokud jsou hospitalizovány s matkou nebo jinou jemu blízkou osobou. Dítěti, které je hospitalizováno samotné, by měl zdravotnický tým věnovat více pozornosti, laskavých

³⁵ PLEVOVÁ, Ilona – SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8; s. 256, str. 63-64

doteků a úsměvů, častěji si s ním povídat, pohrát si s ním, přečíst pohádku. Je vhodné od rodičů zjistit, jakou hračku má rádo, co rádo jí. Pro sestru jsou nepostradatelné komunikační dovednosti, empatie a trpělivost. Důležité je dítěti nelhat. Pokud jej čeká bolestivý výkon, bolest připustíme, ale ujistíme jej, že bude trvat jen malou chvíli.

Vzdor dítěte je velmi potřebný cit, kterým si dítě získává autonomii, která se projevuje sebedůvěrou, nezávislostí a sebpřijímáním.³⁶ Již 18měsíční dítě se snaží ovládat své prostředí, a tak si budovat svoji nezávislost. Pro zvládnutí dětského vzdoru je důležitý klidný přístup sestry, ale i rodiče. Velice záleží na empatickém přístupu k dítěti, aby byly následky stresu na dětské psychice co nejmenší.³⁷

2.3.7. KOMUNIKACE S DĚTMI CIZINCI

Česká republika nikdy nebyla homogenní společností jednoho etnika, ať už je to dáno mnohonárodnostním státním uskupením v naší historii, nebo geografickou polohou uprostřed Evropy. Mezi typické národnostní menšiny můžeme řadit Poláky, Němce, Slováky. Po druhé světové válce Řeky, Bulhary nebo Rumuny. Ukrajinci jsou etnikem, které má na území České republiky historickou minulost již v období mezi světovými válkami, a zvláště pak po roce 1989.³⁸

Odlíšné kultury mají svá vlastní etická vodítka, která jejich příslušníky usměřňují v různých situacích, a která se předávají z generace na generaci. Sestra by měla pozorně naslouchat a všimnout si projevů v chování, které jim pomohou orientovat se v životních postojích a etice pacienta.³⁹

Komunikací projevujeme respekt k člověku a komunikace patří ke zdrojům lidské důstojnosti, jejím prostřednictvím dáváme prostor úctě k člověku. Abychom důstojnost nenarušily neměla by být narušována zdvořilostí. Ta se týká hlavně pozdravu, oslovení pacienta, samozřejmostí by mělo být děkuji a prosím, a to i v komunikaci s cizinci.⁴⁰

Nemocný, zvláště ocitne-li se v cizojazyčném prostředí, je mimořádně citlivý na komunikační formu. Z důvodu neznalosti jazyka často není relevantně popsat svoje potíže a těžkost a zároveň není schopen porozumět instrukcím zdravotníků. Nevhodnou

³⁶ GULÁŠOVÁ, Ivica. Etické aspekty komunikace s rodiči dětského pacienta. Sestra. 2012, roč. 22, č. 3, s. 23–24. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/eticke-aspekty-komunikace-s-rodici-detskehopacienta-463859>. sig. SVK PK: 36A1361/2012 30.

³⁷ Srov. Tamtéž, str. 23-24

³⁸ KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1 str. 106

³⁹ Tamtéž, str 107-108

⁴⁰ Srov. Tamtéž, str. 108

komunikací můžeme pacientovi velmi ublížit, vhodně zvolenými komunikačními prostředky naopak zásadně napomoci pacientově zdárné léčbě či uzdravení.⁴¹

Najít optimální způsob komunikace s cizinci je zásadní problém. V úvahu je třeba vzít konkrétní situace, stav pacienta, jeho věk a schopnosti, a to vše náležitě zhodnotit. Ke komunikaci je možné přistoupit verbálně, za pomoci obrázků, komunikačních kartiček, slovníky nebo je možné využít služeb překladatele. V neverbální komunikaci využíváme gesta, mimiku, pohyb. Na vědomí je třeba mít, že každé etnikum, rasa či národ má svá komunikační specifika. Ty se projevují mimo jiné i v komunikační etiketě – sem patří komunikační zvyklosti jako je podání ruky, pohled do očí, úsměv, dodržení osobního prostoru, zde se mohou vyskytovat největší kulturní rozdíly.⁴²

Základem komunikace s příslušníky jiné kultury je nepředpokládat, že jiní lidé jsou stejní jako my. Je třeba mít na paměti úctu člověka k člověku, která by měla být vždy na prvním místě. K základům etiky patří vlídné slovo a trpělivé naslouchání. Efektivní komunikace vyžaduje dostatek znalostí a určitou etickou výbavu.⁴³ U sester se předpokládá znalost pravděpodobných pacientových obtíží a schopnost správně odhadnout jeho potíže a z nich plynoucí obavy.

2.4. MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Od 50. let 20. století se ve světě vyvíjí systém multikulturního (transkulturního) ošetřovatelství. U nás v České republice se koncept multikulturního ošetřovatelství vyvíjí od roku 2002, kdy bylo Ministerstvo zdravotnictví ČR zadavatelem řešení pro výzkum multikultury v ošetřovatelské péči a pro vytvoření odpovídajících studijních textů.⁴⁴

Se stále zvyšujícím se počtem pacientů odlišných etnik a kultur je zapotřebí získávat nové poznatky z mnoha životních oblastí, o různosti životních stylů a náboženského vyznání, o odlišných rituálních praktikách, subkultuře chudoby, o obětech válečných konfliktů. Multikulturní ošetřovatelství může být teoretickým přístupem a jeho praktickou realizací v ošetřování a ošetřovatelství.

Pro základní orientaci v prostředí multikulturního ošetřovatelství je třeba si připomenout základní pojmy:

⁴¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1,

⁴² Srov. Tamtéž, str. 67

⁴³ Srov. Tamtéž, str. 66-67

⁴⁴ Tamtéž, str. 9

Etnikum – výraz etnikum pochází z antické řečtiny: ethnos = kmen, rasa, národ, termín pro rasu, národ, národnostní menšinu. Etnická skupina je tudíž historicky vzniklá skupina nebo společenství se společnými a specifickými etnickými rysy.

Etnické vědomí = etnická identita, jedná se o etnickou skupinu vzniklou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu.

Národ – termín národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území. Národ je identifikován – jazykem, vlastním státem nebo autonomním postavením v mnohonárodnostním či federativním státě a společným vědomím jedinců o své příslušnosti. Vyhraněná podoba, při které dochází ke střetům s ostatními národy se nazývá *nacionalismus*.

Národností se rozumí jako příslušnost k určitému národu nebo etniku.

Národnostní menšiny jsou sociální skupiny, které jsou podřízenou částí komplexních státních společenstev, vyznačuje se sebeuvědoměním a vnitřní soudržností členů skupiny.

Kultura značí komplex zahrnující náboženské, etické a sociální hodnoty, umění, zvyky, tradice, právní předpisy a schopnosti, které si člověk osvojil učení. Pojem kultura zahrnuje tradice, obyčeje, mravy, názory, duchovní souznění, zákony a praktiky určité skupiny lidí. Není vrozená a každý jedinec si ji osvojuje prostřednictvím životních zkušeností. Přenáší se z generace na generaci.

Kulturní hodnoty jsou vnitřní i vnější pohnutky, které definují a třídí myšlení, rozhodování a jednání člověka nebo společenství.

Kulturní šok je antropology popsáný termín k popsání pocitů dezorientace a stresu, který zakoušejí lidé přicházející do neznámého kulturního prostředí.

Multikulturalismus je požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur. Je výrazem základní a hluboké univerzální lidské potřeby bezpodmínečného přijetí, které tvoří podstatnou součást silného pocitu identity.

Transkulturalismus staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci a komunikaci mezi majoritní společností a cizími minoritními skupinami.

Interkulturalismus – jedná se o poměrně nový myšlenkový a kulturní směr, který uznává etnické, kulturní a náboženské menšiny a do jisté míry se snaží vyjít vstříc jejich požadavkům. Pomáhá menšinám v situacích, kdy jsou znevýhodňovány. Současně se však zasazuje o uchování hodnot a historických tradic.⁴⁵

⁴⁵ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada Publishing a.s. 2014, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0, str. 451

Interkulturalismus se snaží brát v úvahu obě strany – zájmy majority a současně zájmy menšin a migrantů, dochází k jistému prolínání kultur. Bere v úvahu vytváření smíšených etnik a nestálých etnik. Jeho cílem je soudržná a pluralitní společnost, která stojí nad pouhým soužitím kulturně rozdílných skupin, jež spolu vedou dialog.⁴⁶

Ptáček zmiňuje, že právě vzájemná komunikace, vzájemná interakce různých kultur, tendence ke smířování, nikoli vyhrocování rozdílů různými zákazy, odlišuje interkulturalismus od multikulturalismu... Výsledkem směsice různých jazyků, etnických specifik, různých náboženských a kulturních zvláštností by měla být jakási „superdiverzita“.⁴⁷

⁴⁶ Srov. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada Publishing a.s. 2014, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0, str. 451

⁴⁷ Tamtéž, str. 451

3.KULTURNĚ SHODNÁ PÉČE Z HLEDISKA ETIKY

Při zajišťování ošetrovatelské péče o pacienta s odlišnými kulturními hodnotami můžeme mít pocit, že lze použít obecně platné etické normy, postupy, či vzorce chování a jednání. Nelze se s tím ztotožnit, neboť při ošetrování nebo léčení pacienta z jiného kulturního prostředí se mohou najít detaily, kterým nepřisuzujeme v naší kultuře význam, ale mohou být zdrojem vážného etického konfliktu. Je třeba si uvědomit, že naše střeoevropská (evropská) kultura není jedinou normou a mnoho jiných kultur se velmi liší od její normativnosti, utilitářství i deontologických schémat. Mezi mnohými sestrami může panovat přesvědčení o všudypřítomné západní morálce, která je všude stejná.

Medicínské i ošetrovatelské etické principy jsou v mnohém totožné. Tudíž i v multikulturním ošetrovatelství je třeba dodržovat tyto základní etické principy:

Autonomie (svěbytnost)– připustit volby, které provádí podle svých osobních hodnot a přesvědčení. Respektovat, že pacient přijímá část odpovědnosti za svoji léčbu a stává se spolukonstruktérem své terapie. Díky tomuto principu má pacient právo na svobodnou volbu lékaře, právo nahlížet do své dokumentace, právo konzultovat svůj stav s dalším specialistou a poté zvolit pro sebe tu nejpříjemnější nabídku. V multikulturním kontextu to znamená, že autonomie jedince bude ovlivněna jeho sociokulturním kontextem včetně náboženství. Pro sestry to znamená přijmout, že v některých společnostech je běžné, že za nemocného rozhoduje jiná osoba.⁴⁸

Beneficence (dobročinnost)– tento princip v praxi znamená vyhýbání se všem postupům, které by mohly mít negativní dopad na nemocného, kdy jejich případný nežádoucí efekt či riziko nejsou adekvátně a zřetelně vyvážené přínosem zvolené metody či postupu, včetně pomoci při uskutečňování jeho plánů. Může to znamenat i možnost zůstat nečinný. Základ pro tento princip můžeme nalézt již v hippokratovské zásadě „*salus aegroti suprema lex*“ (zdraví nemocného je nejvyšším zákonem). V tomto principu nalézáme základní pravidla lékařského jednání – ochrana života, zlepšení kvality života, navrácení zdraví, úleva od bolesti a strádání.⁴⁹

⁴⁸ VÁCHA, Marek a kol. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0, str. 57

⁴⁹ ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5, str. 118

Nonmaleficence (neškodnost) – představuje princip jednání, který je vždy v zájmu nemocného. Vyjadřuje základní axiomy celé medicíny a ošetrovatelství. Patří sem ochrana života, obnovení zdraví, úleva od bolesti a utrpení, zlepšení kvality života.⁵⁰

Spravedlnost (justice) – princip rovnosti jednání s lidmi v podobné situaci, souvisí s fenoménem rovnoměrného rozdělování prostředků, pozornosti a zájmu. Vyžaduje stejné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. Tento princip má souvislost především s rozdělováním prostředků. Má souvislost především s rozdělením prostředků zátěže a služeb. Ideál etického principu spravedlnosti je omezen na poskytování zdravotní péče každému pacientovi, a to nejen ekonomickými, ale také lidskými a geografickými možnostmi.⁵¹

V praxi jsme měli možnost uplatnění principu spravedlnosti poznat s příchodem migrační vlny válečných uprchlíků z Ukrajiny na jaře 2022. Migranti přicházející do naší republiky se měli možnost registrovat v KACPU, kde získali dočasnou ochranu a zároveň byli zaregistrováni do veřejného zdravotního pojištění. V ten moment jim byla v případě potřeby poskytována zdravotní péče jako každému občanu České republiky.

Konkrétní příklad uplatnění principu spravedlnosti jsme zaznamenali při poskytování zdravotní péče dětským onkologickým pacientům z Ukrajiny. Při léčbě onkologických onemocnění je důležité v léčbě pokračovat bez zbytečných průtahů. Proto došlo na úrovni lékařů dětských hematoonkologických center k dohodě o vzájemné pomoci a onkologicky nemocným dětem z Ukrajiny a jejich rodičům byla doporučena centra tak, aby bylo možné plynule navázat na započatou léčbu.⁵²

Etické aspekty jsou pevně vázány na danou kulturu a je třeba si uvědomit na čem která kultura zakládá svůj mravní kodex.

Z hlediska aplikované etiky lze najít etické teorie v přístupu k řešení morálních postojů, které můžeme rozdělit na tři hlavní principy:

- Hodnota života – jeho hodnota morální, drahocennost života, jako všeobecně uznávaný princip. Rozhodování např. při hromadných katastrofách, či život má větší cenu, koho s omezenými kapacitami zachránit přednostně

⁵⁰ ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6, str. 18

⁵¹ ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6, str. 20

⁵² Jednalo se o ústní dohodu dětských hematoonkologů na jednom z jejich pravidelných setkání.

- Kvalita života – tuto vyjadřuje hodnota zdraví, naplnění potřeb být milován a milovat, možnost využívat všechny svoje schopnosti. Je to subjektivní pojem. Kvalitu života druhého můžeme posuzovat podle pouze velmi omezeně neboť je ovlivněna našimi vlastními zkušenostmi a našimi postoji vycházejících z našeho kulturního prostředí.
- Posvátnost života – vyplývá převážně z náboženských postojů. U lidí nereligiózních vychází z postojů etických. Právo člověka na život je zakotveno v Úmluvě o lidských právech – jedná se však o takový život, který by si volil ten, o němž se jedná, kdyby tu možnost měl.⁵³

Ve své praxi s péčí o pacienty z jiného kulturního prostředí může sestra řešit:

Morální problém – ten vzniká tam, kde se může nacházet jiný názor. Jedná se o neoddiskutovatelné téma spojené s dobrým a špatným, správným a nesprávným chováním a jednáním v denním životě. Na morálním a etickém jednání sestry do velké míry závisí přežití pacientů a jejich blaho. Vnímavost vůči porušování lidských práv a vůči nespravedlnosti, vyplývající z neetického chování je velmi vysoká.

Morální dilema – jedná se o situaci, ve které člověk volí mezi dvěma alternativami, přičemž ani jedna z nich se nezdá vhodná pro optimální vyřešení daného problému.

Sestry a další ošetřující personál je osobně zodpovědný za své jednání vůči pacientům a je zavázána jednat tak, aby její jednání sloužilo zájmům pacienta a zároveň, aby žádný čin nebo opomenutí nemělo škodlivé důsledky v souvislosti se zájmy a bezpečím pacienta. Sestra by péči o pacienta měla vykonávat v rovnováze s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. Zejména v péči o dětské pacienty je třeba umět jednat nejen s dětmi samotnými, ale současně komunikovat i s jejich rodiči (doprovodem), neboť ne vždy je zájem o hledání blaha pro nemocného pro sestry a ostatní zdravotníky v souladu s pacientem a jeho blízkými. Zde může často docházet k nežádoucím konfliktům a osobním dilematům zejména dětských sester a jejich dětských pacientů. Rozhodování o zdravotní péči v pediatrii upravují etické a právní dokumenty, zejména výše zmiňovaná Charta práv hospitalizovaných dětí nebo vyhláška č. 385/2006 Sb., o ošetrovatelské dokumentaci. Zde je poskytování zdravotní péče podmíněno záznamem o informovaném souhlasu. Za nezletilého pacienta jej podepisují

⁵³ IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 44

rodiče, děti od 14 let též podepisují informovaný souhlas, vždy však v přítomnosti rodiče, poručníka či zákonného zástupce. Pro Ukrajinské pacienty jsou samozřejmostí informované souhlasy v ukrajinštině (ruštině).

Principy práv pacientů schválené Světovou zdravotnickou organizací v Amsterdamu 28.-30. března 1994 jsou souborem zásad na podporu a uplatnění práv pacientů v evropských členských státech EU. Na mnoha místech dokumentu se zmiňuje povinnost respektovat kulturu pacienta při poskytování zdravotní péče. Např. v oddílu 5) nazvaném „Péče a léčba“ se v bodě 8) říká: „*Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot.*“⁵⁴

Zdravotní sestra ošetřující pacienty jiné kultury, využívající multikulturní přístup, by měla dodržovat i další zásady například ty, které jsou uvedené v Etickém kodexu sester. Tento kodex poskytuje základní etické zásady pro práci s pacienty z různých kulturních prostředí. V následující kapitole na základě tohoto kodexu přiblížíme hlavní etické linie pro práci s pacienty v multikulturním prostředí.

3.1. ETICKÝ KODEX SESTER – ICN

Etický kodex sester ICN (International Council of Nurses) byl vypracovaný Mezinárodní radou sester v roce 1953. Jeho platnost je určena pro všechny zdravotní sestry na celém světě. V rámci České republiky jej přijala největší národní sesterská organizace – Česká asociace sester v roce 2003.⁵⁵

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester (dále ČAS) hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a je platný od 11. února 2012.⁵⁶

⁵⁴ IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 46

⁵⁵ PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha. Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3976-2, str. 239

⁵⁶ *Úvodní stránka | Česká asociace sester* [online]. Copyright ©1 [cit. 12.06.2023]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta/klienta respektuje.

KODEX ICN

Etický kodex ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články kodexu:

1. Sestry a lidé

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

3. Sestra a profese

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestra a spolupracovníci

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z ostatních oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.⁵⁷

Aby Etický kodex splnil svůj účel, je potřeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce.⁵⁸

„Pro sestry je důležité řídit se Etickým kodexem sester, který plně respektuje hodnoty lidského života a lidských práv. K povinnostem sestry patří znát práva pacientů, respektovat je a podporovat jejich dodržování bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, sociální postavení, vzdělání či náboženské vyznání.“⁵⁹

⁵⁷ Úvodní stránka | Česká asociace sester [online]. Copyright ©1 [cit. 12.06.2023]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

⁵⁸ Tamtéž.

⁵⁹ ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6, str. 31

3.2. ETICKÁ ODPOVĚDNOST SESTRY A JEJÍ POVINNOSTI

Zvolit si povolání sestry znamená svobodné rozhodnutí sloužit druhým.

K osobnostním předpokladům pro výkon tohoto náročného povolání patří úcta k člověku, respekt k lidskému životu, autonomie, konání dobra, zachovávání mlčenlivosti, pravdomluvnost, spolehlivost a spravedlivé jednání k ostatním. Neopomenutelné jsou též rozumová, citová a volní vyspělost, pevný charakter, pozitivní hierarchie hodnot, schopnost vždy porozumět trpícímu člověku, odhodlání pomáhat druhým, objektivnost, takt, svědomitost a důslednost. Mezi důležité vlastnosti patří i morální a etické kvality, rozvážnost, spolehlivost, komunikativnost, pravdomluvnost a ochota vzdělávat se.⁶⁰

Etické povinnosti a odpovědnost sestry v multikulturním ošetrovatelství je směrem k pacientům mnohem citlivější, než k pacientům stejného etnika a kulturní příslušnosti. Každý zdravotník by se měl umět orientovat zejména v pojmech: obhajoba, odpovědnost/povinnost, spolupráce a vlastní pečování.⁶¹

- Obhajoba – znamená obranu pacienta v souvislosti s lidskými právy, zejména jedná-li se o vážně nemocného, nebo dětského pacienta, který není sám schopen vyjádřit svá přání nebo rozhodnutí.

A to zejména v oblasti *ochrany práv pacienta*, má za úkol se přesvědčit, že pacient těmto právům rozumí a informuje jej v případě porušení, nebo předchází jejich porušování. V těchto případech sestra vystupuje jako arbitr lidských a morálních práv pacienta.

Při *rozhodování založeném na hodnotách* sestra pomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách a rozhodnutích v souladu s jeho hodnotami a životním stylem.

Z hlediska *respektu vůči lidem* sestra pohlíží na pacienta jako na člověka, který by se měl respektovat. Zvážit základní lidské hodnoty a poté jednat na ochranu jeho lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí.

- Odpovědnost – povinnosti sestry jsou podporovat zdraví, předcházet onemocněním, navracet zdraví, mírnit utrpení – tuto odpovědnost na sebe vzala sestra volbou svého povolání a zavázala se, že ji bude poskytovat v souladu se standardy praxe a morálními hodnotami. Právní odpovědnost ošetrovatelské praxe

⁶⁰ Srov. ONDRIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6, str. 30-31

⁶¹ Srov. IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 48-49

je dána legislativou. Etický kodex sester určuje morální odpovědnost za ošetrovatelskou praxi.

- Pečování – poskytování vlastní péče je považováno za základ ošetrovatelské role. Z hlediska multikulturní péče má pečování přímý vztah k lidskému zdraví. Ukazuje se, že v evoluci lidstva rozdílné, kulturní, sociální a politické kontexty ovlivnily lidskou zdravotní péči a přežití lidské rasy. Z hlediska role sestry v multikulturním ošetrovatelství má význam péče dvě důležité etické povinnosti: ochranu lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí.⁶²

3.3. ETICKÉ ZÁKLADY A ZÁSADY MULTIKULTURNÍ PÉČE

Sestra by měla být seznámena se systémem kulturních hodnot dané země ze které pacient pochází, aby mohla eticky naplňovat svoje poslání. Při ošetrování pacienta sleduje zejména: rodinné systémy, sociální život, politický systém, jazyk a tradice, světový pohled, orientační hodnoty a kulturní normy, náboženství, zdravotní zásady a praxe.⁶³

Etický význam pro poskytování multikulturní péče mají vyskytující se každodenní problémy:

Komunikace – oslovení pacienta, tykání nebo vykání, v Německu onikání. Jak komunikovat prostřednictvím tlumočnicka? Jak postupovat je-li tlumočnickem dítě pacienta?

Čas – vnímání času, dodržení času a data prohlídky, dodržování času určeného pro např. užití léků. Uvědomit si, že Asiaté žijí spíše minulostí, Afričané a Jihoevropané žijí více přítomností, a Američané nebo Skandinávci žijí silněji budoucností.

Prostor – blízkost a vzdálenost hrají v péči vždy důležitou roli. Jak chránit intimitu při vyšetřování? Smí přijít do nemocnice na návštěvu rozvětvené příbuzenstvo?

Sociální organizace – struktura rodiny, definice rodiny, poměry mezi pohlavími. Kdo všechno patří k rodině? Smí pečovatel muž pečovat o ženu?

Náboženství – respektování příslušnosti k určitému náboženství, ale naopak i respektování ateismu v určitých kulturách. Také oblečení patří ke kultuře náboženství, je dovoleno v nemocnici ve všech situacích nosit na hlavě šátek nebo turban?

⁶² IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 48-49

⁶³ Srov. IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 56

Jídlo – respektování výživových zvyklostí, nabízet stravu, jak je obvyklé v příslušné zemi? Jak podávat léky, které obsahují alkohol pacientovi, když je alkohol z náboženských důvodů zakázán?

Slavnosti a rituály – často související s náboženstvím, na kolik akceptovat rozdílnost kulturních zvyků? Které náboženské svátky je možné akceptovat? Na kolik akceptovat ostatní kulturní rozdíly?

Struktura společnosti – Západní a Východní způsob pečovatelské praxe. Vliv vztahu peněz a možností.⁶⁴ V každé kultuře se z generace na generaci předávají určitá etická vodítka, která jejich příslušníky provází určitými situacemi. Sestry by měly být na tyto odlišnosti připravené a všimnout si jich, aby se lépe orientovaly v životních postojích a etice pacienta. Cílem ošetrovatelské etiky je mimo jiné humanizace mezilidských vztahů, snaha porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možnosti mu náležitě pomoci. Etika stojí na vlídném slově a trpělivém naslouchání.⁶⁵

3.4. KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

Dostatečná, přesná a věcná komunikace s pacienty, lékaři, ale i ostatními členy zdravotnického týmu je nezbytná pro poskytování bezpečné péče pacientům. Sestry denně řeší otázky, jak jednat s dětským pacientem, jak odpovídat na otázky, které navozují emočně vypjaté situace.⁶⁶

Komunikace zejména s dětskými pacienty, kteří se ocitají v jim cizím prostředí a které doprovází významná jazyková bariéra je pro sestry velmi náročná. Sestra i ostatní ošetroující personál se může dostat do mnoha složitých situací. Komunikace ve zdravotnictví neznamena jen mluvit, ale i předávat a získávat informace, na kterých závisí zdraví a mnohdy i život. Ve zdravotnické komunikaci rozlišujeme tři specifické druhy profesionální komunikace:

- Sociální komunikace – neplánovaná, odehrávající se během neformálních jednání. Běžný hovor, kontakt s nemocným.

⁶⁴ MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi*. Slezská univerzita v Opavě. Opava 2007. ISBN- 978-80-7248-005-0, str. 12

⁶⁵ IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1, str. 58

⁶⁶ HEŘMANOVÁ, Jana – VÁCHA, Marek a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9, str. 144

- Specifická (strukturovaná) komunikace – má určitou plánovanou strukturu. Sdělení důležitých fakt, edukační rozhovor, motivace pacienta k další léčbě.
- Terapeutická (léčebná) komunikace – častá v denním kontaktu s nemocným, poskytnutí opory a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, podpůrný terapeutický pohovor.

U dětských pacientů se hovory s ohledem na věk mohou odehrávat i ve spolupráci s rodiči.

V multikulturním ošetřovatelství je třeba studovat jakými způsoby komunikují pacienti jiných kultur, jaké používají nonverbální prostředky, postoje intonace a tón hlasu, mimiku. Důležité je i zhodnotit, zda s pacientem hovoříme rodným jazykem, či společně používáme naučený jazyk. Pokud pacient nepoužívá svoji mateřštinu může docházet k mnoha nepřesnostem a omylům, které mohou velmi vážně ohrozit pacientovo zdraví.

Nezanedbatelnou součástí sesterské komunikace je empatie. Empatie hraje v kulturním kontextu sestra – pacient nezanedbatelnou roli. Ta se poté odráží v kvalitě i kvantitě komunikace a vytváří tak komplex kulturně vhodné ošetřovatelské péče.

K navázání kontaktu s pacientem je vhodné vždy použít základní pozdravení a jednoduchou společenskou frázi, nejlépe v jazyce, kterému pacient rozumí. Pokud sestra nezná pacientův jazyk, lze ke komunikaci využít gestikulaci, mimiku, nebo obrázky – piktogramy, komunikační karty. Současné technologie umožňují využití nejrůznějších tlumočnických aplikací v mobilních telefonech či tabletech.

Pro komunikaci s ukrajinskými pacienty byly vydány MZ ČR komunikační karty v českém, ukrajinském a ruském jazyce zahrnující sady pro několik odborností – Seznam možných obtíží, Sada otázek a odpovědí – vnitřní lékařství, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství a ošetřovatelství.

3.5. TEORIE MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Koncepční modely v ošetřovatelství existují již od doby, kdy Florence Nightingalová začala prosazovat myšlenky ošetřovatelství. Ošetřovatelství se díky ní stalo uznávaným povoláním. Sestry si začaly uvědomovat, má-li mít ošetřovatelství svoje

místo mezi vědeckými disciplínami, nemůže vycházet jen z empirických poznatků, ale musí aktivně rozvíjet svůj výzkum a koncipovat vlastní teorie.⁶⁷

Koncepční modely ošetrovatelství definují čtyři metaparadigmata a to: osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství.⁶⁸ Co se týče multikulturního/transkulturního ošetrovatelství rozvíjí se od 50. let 20. století, kdy s vývojem prvního takového modelu začala a postupně jej rozvíjela Madeleine Leiningerová. Její model Teorie kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné a všestranné) péče se stal východiskem pro novou ošetrovatelskou specializaci – multikulturní/transkulturní ošetrovatelství a byl prvopočátkem pro vznik dalších kulturním směrem zaměřených modelů.⁶⁹

3.5.1. MODEL M. LEININGEROVÉ – MODEL VYCHÁZEJÍCÍHO SLUNCE

Madeleine Leiningerová (*13.7.1925 - †10.8.2012) byla tou, která v roce 1960 poprvé definovala termín transkulturní ošetrovatelství. Takto položila základ rozvoji celého nového odvětví modelů, které se zaměřují na práci s jedinci odlišného etnika či kultury, na což nebyl do té doby brán poskytovateli ošetrovatelské péče větší zřetel.

Již v polovině padesátých let minulého století se Leiningerová začala zajímat o vliv kultury na chování člověka ve zdraví a nemoci. K uvažování nad kulturní péčí ji vedl společensko-politický a hospodářský kontext doby a stav americké společnosti. Během a po druhé světové válce stoupla migrace populace. Lidé ve zvýšené míře cestovali, stěhovali se za prací, na jedné straně se zlepšovala ekonomika a technologie, ale na druhé straně docházelo častěji k rasovým konfliktům. Sestry byly nucené zabývat se nejen zdravotním stavem nemocných, ale řešily i existenční problémy pacientů, kteří často pocházeli z jiné země než z USA.⁷⁰

Člověka popisuje Leiningerová jako osobu holistickou ovlivněnou sociálním prostředím, stejně tak jako její rodina, komunita, společenské instituce kultury či subkultury, které jsou charakterizovány: - potřebou péče a zároveň jsou schopny pečovat o druhé s ohledem na jejich potřeby, pohodu a přežití, - jako kulturní bytost, přežívající

⁶⁷ NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. 2008. ISBN 978-80-7372-404-7, str. 68

⁶⁸ Srov. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing a.s. 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6, str. 17

⁶⁹ Srov. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 24

⁷⁰ JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostravská univerzita Ostrava. Ostrava 2002. ISBN 80-7042-339-0, str. 26

v prostoru a čase, jejich schopnost pečovat o své blízké má různé varianty a je proměnlivá v závislosti na prostředí, - jsou to bytosti holistické, nejsou to jen orgány a části těla potřebující zdravotní péči, požadují být přijímány jako celistvé bytosti s náhledem na život, péči, kulturu a zdraví.⁷¹

V ošetrovatelské kulturně shodné péči podle M. Leiningerové je transkulturní profese a vědní disciplína. Poskytovaná jednotlivcům jiných kultur typy činností, které se kulturně shodují s potřebami a hodnotami pacienta. Tím bychom měli snížit stres a eliminovat riziko vzniku konfliktů mezi pacientem a ošetřujícím personálem.⁷²

Ve svojí teorii klade důraz na holistický přístup k pacientovi. K pochopení holistických dimenzí přispěje, když si definujeme kulturu jako soubor naučených, osvojených a sdílených přesvědčení, postojů, hodnot a životních zvyklostí, typických pro určitou skupinu lidí, a mezigeneračně předávaný.⁷³

Součástí teorie Leiningerové jsou asumpce (předpoklady), na kterých teorii staví. Vyjadřuje ji v devíti bodech:

- *Péče je nevyhnutelná pro lidský růst, vývoj, přežití.*
- *Péče je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, nemůže být vyléčení bez péče.*
- *Typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami.*
- *Každá kultura má laickou/lidovou péči a profesionální ošetrovatelskou praxi*
- *Hodnoty, víra, kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických, kulturních, ekonomických a historických dimenzích*
- *Terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče do detailů využívají kulturní hodnoty, výrazy a praktiky*
- *Na poskytnutí blahodárné, uspokojivé péče je potřebné pochopit rozdíly mezi očekáváním poskytovatele a příjemce péče.*
- *Kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče jsou nevyhnutelné pro zdraví a blaho lidí, o to sestry celosvětově usilují.*
- *Ošetrovatelství je kulturní profesí a disciplínou, která se zabývá péčí.⁷⁴*

⁷¹ KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1-80-247-3843-7, str. 41

⁷² PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing a.s. 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6, str. 68

⁷³ KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1, str. 41

⁷⁴ Tamtéž, str. 42-43

Leiningerová svoji teorii kulturně rozdílné a shodné péče zpracovala graficky a popsala do **modelu vycházejícího slunce**, který má čtyři úrovně uspořádané od nejabstraktnější po nejméně abstraktní:

1. *úroveň* – zahrnuje filosofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu

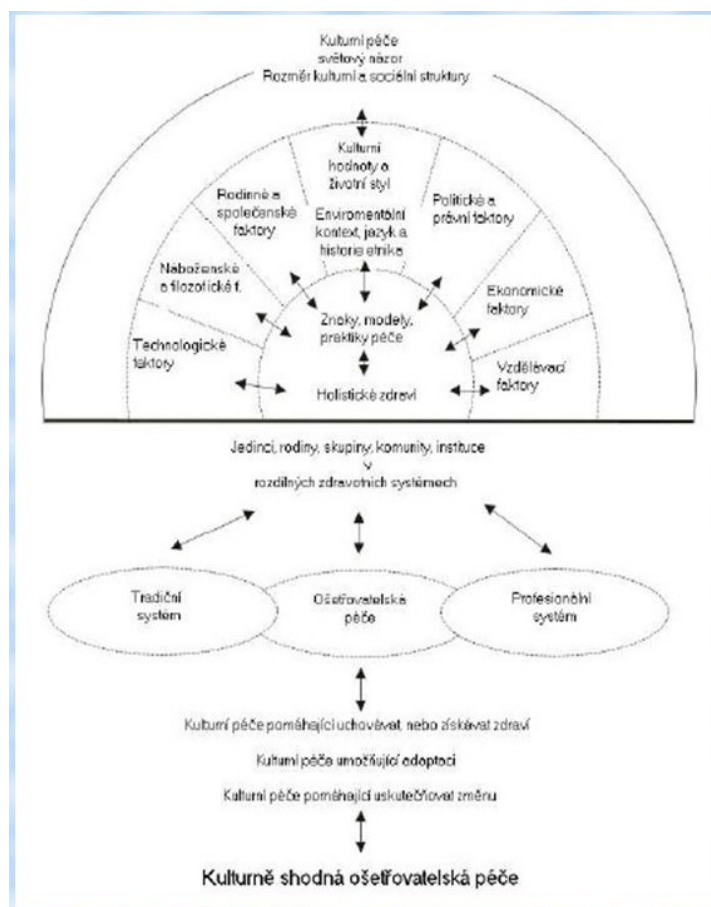
2. *úroveň* – obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a situacích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví

3. *úroveň* – poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče – rozlišuje tradiční a profesionální systém péče

4. *úroveň* – zahrnuje rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restruktulizaci existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetrovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami kultury, ke které pacient patří.⁷⁵

⁷⁵ PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing a.s. 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6

Madeleine Leiningerová – Model vycházejícího slunce



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X⁷⁶

Podle Leiningerové můžeme kulturně shodnou péči poskytovat třemi způsoby, v závislosti na pacientovi, jeho potřebách a problémech:

- *Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví* – péče, asistence, podpora pomáhající lidem jednotlivých kultur uchovávat pohodu, zotavit se, čelit smrti; je zaměřená na zdravé i nemocné. Pro zdravé to znamená vykonávání podpůrných aktivit, nemocným je pomáháno se zotavovat ze svých těžkostí
- *Kulturní péče umožňující adaptaci* – intervence pomáhající pacientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče, na nové životní role. Sestra tak pomáhá skloubit kulturu pacienta s kulturou zavedenou ve zdravotnickém zařízení

⁷⁶ ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X

- *Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu* – pomáhá pacientovi modifikovat nebo změnit způsob, kterým se stará o své zdraví. Například pacientovy stravovací návyky. Je-li třeba změnit jídelníček kvůli předepsané dietě, vezme sestra v potaz i zvyklosti pacientovy kultury a společně se snaží dojít ke kompromisu.⁷⁷

Veškeré konání by tak mělo ve svém důsledku vést ke kulturně shodné péči.

Sestry by se měli při poskytování péče pacientovi jiné kultury seznámit se systémem kulturních hodnot dané země nebo prostředí, aby mohly naplňovat své poslání. Podle Leiningerové se i při např. úsměvu, fyzické přítomnosti a podpoře základních životních potřeb, musíme ptát, zda je úsměv vždy a univerzálně nazírán jako nevinný, bezelstný a neškodný. Součástí může být i otázka: „Jak blízko se smíme přiblížit k člověku?“ Multikulturní péče je proto i jistý druh umění. Cílem ošetrovatelské etiky a v multikulturním ošetrovatelství obzvláště je humanizace mezilidských vztahů, snaha porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu náležitě pomoci. Základy etiky jsou postavené na vlídném slově a trpělivém naslouchání.⁷⁸

Madeleine Leiningerová pro multikulturní ošetrovatelství vytvořila kromě teorií, modelu a výzkumných metod, také propracovaný systém pro praxi a výuku. Pro výkon transkulturní péče jsou vypracovány a stanoveny vize, principy a standardy.

Principy jako návod pro myšlení, rozhodování a činnost sester, které poskytují péči pacientům jiné kultury. Mezi tyto principy patří např.:

- *K lidským právům patří kulturní péče respektující víru, hodnoty, zvyky a postupy dané kultury, jež jsou součástí ošetrovatelství a zdravotních služeb*
- *Sestry respektující lidská práva a poskytující tuto péči si uvědomují, že se nemohou dopustit neetického chování a právně nepřijatelných rozhodnutí, činností, nebo nerespektovat kulturní tabu*
- *Holistický přístup a adekvátní poznatky z transkulturního ošetrovatelství jsou nezbytné k pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů, týkajících se*

⁷⁷ Srov. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostravská univerzita Ostrava. Ostrava 2002. ISBN 80-7042-339-0, str. 28

⁷⁸ Srov. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické v Opavě*. Opava 2007. ISBN- 978-80-7248-005-0 praxi. Slezská univerzita, str. 12

světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenství, náboženství, technologií...zvyků a způsobu péče o pohodu, zdraví a o nemocné osoby

- *Transkulturní ošetrovatelství vyžaduje porozumění sobě samému, vlastní kultuře a ochotu pomáhat druhému*
- *Kulturně orientovanou péči potřebují lidé, kteří utrpěli vážnou újmu, poškození nebo dehumanizaci z důvodů neznalosti kultury nebo nedostateční péče.⁷⁹*

Standardy pro poskytování transkulturní péče jako návod k zajištění bezpečné, smysluplné a efektivní péče vznikaly a byly ověřeny v průběhu více než 45 let. Jejich autorkou je M. Leiningerová. V roce 1998 byly vydány Společností transkulturního ošetrovatelství v USA. Tyto standardy slouží jako jednoznačné návody k poskytování kvalitní transkulturní péče, umožňují nejrozšířenější způsoby péče a prokazují tak význam multikulturního ošetrovatelství v praxi, slouží jako standardní návody k rozhodování, jednotlivým úkonům a praxí, umožňují zaujmout jasný filosofický postoj k víře a hodnotám dané kultury a jejich respektování kvalifikovanými odborníky, ale také slouží jako politické dokumenty pro veřejnost a státní správu, zajišťující služby pro občany.⁸⁰

Současná doba přináší nové poznatky a výzkumy v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Původní teorie M. Leiningerové se rozpracovává a obohacuje o nové poznatky. Dochází také k mnohým kritickým analýzám. Například je transkulturní ošetrovatelství kritizováno za svoji teoretickou a praktickou limitovanost – nedokončenost.⁸¹

Špirudová zmiňuje, že Habayeb v roce 1995 zkoumala osm témat, která se vztahují ke kulturní diverzitě a která nejsou Leiningerovou uváděna. Patří sem: statut imigranta, noncompliantní (nedodržující doporučení léčebného režimu) chování pacienta, odlišná citlivost populace k chorobám, odlišnost mezi skupinami populace, změny v demografii, městský a venkovský kontext, rozdíly pracovního prostředí a metodologické problémy, kterým je třeba čelit, provádě-li se výzkum pacientů a odlišnou životní historií a zkušeností. Barva pleti, náboženství, geografická lokalita

⁷⁹ Srov. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 40-41

⁸⁰ Srov. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 42

⁸¹ Srov. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 48

jsou velmi často užívány k definování kultury a osvětlení kulturní diverzity, když jsou vykreslovány problémy minority a majority.⁸²

Sama Leiningerová, ale i další sestry udávají význam politiky, ekonomiky a sociální dimenze v jejich teoretických formulacích, ale je málo sester, které mají znalosti z těchto oblastí.⁸³

*„Transkulturní model je též kritizován, že se orientuje na analýzu společnosti jako celku, ale pomíjí problémy soužití, které zahrnují předsudky, bigotnost, rasismus, etnické a kulturní konflikty, diskriminaci a etnické násilí“.*⁸⁴

3.5.2. MODEL J. N. GIGEROVÉ – R. E. DAVIDHIZAROVÉ – MODEL KULTURNĚ OHLEDUPLNÉ A UZPŮSOBENÉ PÉČE

Model vytvořený za účelem transkulturního hodnocení, vytvořený dvojicí amerických autorek Joyce Newman Gigerové a Ruth Elian Davidhizarové byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům odlišného kulturního etnika. Umožňuje sestrám průběžné hodnocení kulturních proměnných ošetrovatelského procesu a jejich vlivů na chování jedinců. Dalším jeho plus je rychlejší a snazší posouzení potřeb pacienta stran ošetrovatelské péče – ulehčuje tak výběr intervencí vhodných pro pacientův současný stav.⁸⁵

Model vychází a současně navazuje na práci Madeleine Leiningerové. Navíc rozpracovává další oblast transkulturního ošetrovatelství – hodnocení stavu potřeb pacienta a ošetrovatelské intervence.⁸⁶

Unikátnost každého pacienta je postavena na třech základech – kultuře, etnicitě a náboženství. Hlavními myšlenkami tohoto modelu se zaměřením na koncepci ošetrovatelství, kulturně ohleduplnou péči, respektování kultury člověka, vytváření bezpečného prostředí ve zdravotnických zařízeních a na vztah mezi zdravotním stavem člověka a jeho chování v dané kultuře.

⁸² Srov. Tamtéž, str. 48

⁸³ Srov. Tamtéž, str. 48

⁸⁴ Tamtéž, str. 49

⁸⁵ ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 51

⁸⁶ Srov. NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. 2008. ISBN 978-80-7372-404-7, str. 81

Jelikož je každý jedinec kulturně unikátní má být hodnocen z hlediska šesti kulturních fenoménů, a sice:

Komunikace – jazyk – jako hodnota v kultuře přenášená a ochraňovaná, skrze kterou je kultura sama vyučována. Komunikace často bývá nejvýznamnějším problémem, co se týče ošetřování pacientů z jiného kulturního prostředí. Pokud není možné se s pacientem kvalitně domluvit mluveným nebo psaným slovem, nezbyvá než se snažit využít dalších způsobů komunikace neverbální, mimika, gesta, postoj, komunikační karty, obrázky nebo piktogramy. K nepochopení v komunikaci může dojít, pokud jazyk obsahuje slova s více odlišnými výrazy.

Prostor – osobní zóna, vzdálenost mezi dvěma lidmi během jejich vzájemné interakce. Rozeznáváme zóny: intimní, osobní, sociální a veřejné. Je třeba mít na paměti, že každá kultura má jiný pohled na to, kolik je třeba prostoru při komunikaci. Nerespektování osobní zóny pacienta mohou být příčinou diskomfortu a vést až k odmítání léčby a péče.

Sociální začlenění – se týká způsobu jakým se kulturní skupina organizuje, směrem k rodině. Její strukturu, organizaci, náboženské hodnoty, víru a naplňování jednotlivých rolí v rodině. Může se stát, že i když má komunita jiné kultury přístup ke zdravotní péči, není jisté, zda její člen bude dodržovat trendy většinové společnosti ohledně životního stylu a snížení rizika zranění. Ani když pacient ve zdravotnickém zařízení odsouhlasí navrhovaný způsob léčby neznamená to, že nebude po propuštění spoléhat na tradiční postupy léčby své komunity či alternativní způsoby léčby.

Čas – hraje v interpersonální komunikaci zajímavý a důležitý aspekt. Osobami odlišných kultur může být vnímán s mnoha rozdíly. V západní kultuře se spoléhá na hodinky, dodržování času schůzek, v jiných kulturách mohou být důležitější místa, osoby než čas socializace. Rozdíly je možné nalézt i v chápání minulosti, současnosti a budoucnosti. Například u preventivně zaměřené péče pacient nemusí vidět přínos v preventivním užívání tablet jako prevenci komplikací kardiovaskulárních chorob, cítili se právě teď v pořádku.

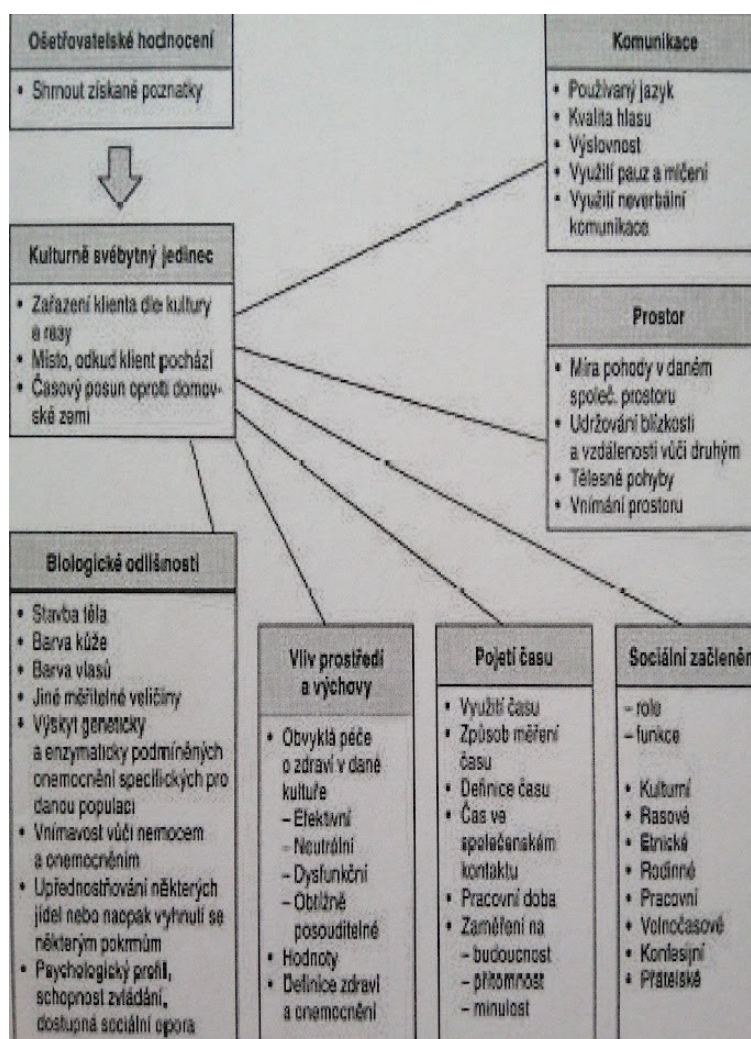
Kontrola prostředí – vliv výchovy a prostředí se týká schopnosti jedince ovládat přírodu, plánovat, řídit a organizovat enviromentální faktory. Tyto okolnosti ovlivňují zdraví populace i její vztah ke zdraví a zdravotním službám. Pokud pacienti pocházejí z kultury, která málo věří vnitřním silám, schopnostem a vlivům a daleko větší význam

přisuzují vlivům externím (Bůh, příroda, osud), mohou mít fatalistický náhled, ve kterém je vyžádání zdravotní péče viděno jako zbytečné (k ničemu).⁸⁷

Biologické odlišnosti – biologické diference, speciální genetické variace existují mezi jednotlivci odlišných lidských ras. Lidé se tedy liší nejen kulturou, ale i biologickými – genetickými znaky. Výzkum lidského genomu prokázal, že 99,9 % genů je shodných pro všechny lidi, pouze 0,1 % genů je rozdílných. K biologickým odlišnostem můžeme zařadit i ty nejviditelnější, stavbu těla, barvu kůže, ale i genetické odlišnosti, náchylnost k určitým chorobám, výživová specifika.

⁸⁷ ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 52

Model Gigerové a Davidhizarové – Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovateľství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X

Metaparadigma modelu Gigerové – Davidhizarové zahrnuje:

Transkulturní ošetrovateľství – to je taková praxe, která je kulturně kompetentní a orientovaná na pacienta a zároveň je podpořena výzkumem.

Kulturně kompetentní (způsobitou) péči – jedná se o dynamický, plynulý, kontinuální proces, s jehož pomocí poskytuje jednotlivce, systém nebo zdravotnické zařízení péči, která je podložena znalostí kulturního dědictví, hodnot, postojů a chování těch, kterým je péče poskytována.

Z kulturní kompetence pro nás vyplývá vyšší, sofistikovanější úroveň jak porovnávacích dovedností, tak i psychomotorických schopností, stejně jako postoje a osobní přesvědčení. Aby si člověk ale takovou kulturní kompetenci zvládl vytvořit, je pro něho nutné v praxi používat poznatky získané z konceptuálních a teoretických modelů

týkajících se právě péče, která je kulturně vhodná. Získání této dovednosti pak sestře dopomáhá k dopátrání se intervencí vhodných a ohleduplných, co se kultury a jí ovlivněných potřeb pacienta, týče.⁸⁸

Kulturní jedinečnost individuí – každý jedinec je kulturně unikátní (jedinečný) a jako takový je produktem minulých zkušeností, kulturních norem a hodnot.

Kulturně citlivé (senzitivní, vnímavé) prostředí – zdravotnická péče poskytovaná v nejrůznějších zdravotnických zařízeních, by měla sestře bez ohledu na místo poskytování péče umožnit naplánovat a vykonat takovou péči s jakoukoli znalostí pacientovy kultury. Ať už se jedná o péči primární, sekundární či terciální.⁸⁹

Zdraví a zdravotní status – Geigerová a Davidhizarová popisují jako založené na chování, které je pro danou kulturu specifické jak v době nemoci, tak ve zdraví. Individuální kulturní hodnoty, víra a postoje mají vždy hluboký smysl pro zdraví každého člověka.

Model transkulturního posouzení Geigerové a Davidhizarové je založen na mnoha premisách. Teoreticky píše, že kultura je vzorová odpověď na chování, které je výsledkem kulturizace, probíhající napříč sociálními a náboženskými strukturami a intelektuálními i uměleckými směry. Jsou prioritně ovlivňovány vnitřními i vnějšími stimuly, modelovány hodnotami, vírou, normami a praktikami sdílenými členy téže skupiny. Jsou usměrňovány naším myšlením, jednáním a bytím, tvoří vzorec naší existence, předávaný z generace na generaci.⁹⁰

Ošetřovatelské posouzení pacienta odlišného etnika podle Geigerové a Davidhizarové:

- *Kulturně svébytný jedinec* – místo narození, zařazení podle kultury a rasy, časový posun oproti domovské zemi
- *Komunikace* – používaný jazyk (mateřský, úřední), charakteristika hlasu, výslovnost, neverbální komunikace, reakce na doteky
- *Prostor* – vymezení vlastního prostoru, osobní zóna při konverzaci, míra pohody
- *Sociální začlenění* – zdravotní stav, rodina, počet dětí

⁸⁸ BARNÁŠOVÁ, L. 2017. *Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetřovatelství*. České Budějovice, Bakalářská práce. ZSF JU

⁸⁹ ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X, str. 53

⁹⁰ Srov. Tamtéž, str. 54

- *Pojetí času* – způsob měření času, vnímání času, pracovní doba
- *Vliv prostředí a výchovy* – obvyklá péče o zdraví v jeho kultuře, hodnoty, víra
- *Biologické odlišnosti* – tělesná konstituce, barva kůže, vlasů⁹¹

3.6. VÝZNAM MULTIKULTURNÍCH ZNALOSTÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Vybrané teoretické modely M. Leiningerové a J. N. Gigerové s R. E. Davidhizarovou jsou určitým etickým ukazatelem pro poskytování multikulturní péče.

Pro pochopení pacienta odlišné kultury je doporučeno:

Rozpoznat a vážit si kulturních odlišností – uvědomit si možné kulturní překážky a rozdíly, a pokusit se tak předejít neshodám v komunikaci.

Chápat kulturní rozdíly – aktivně se vzdělávat a zajímat se o pacientovu kulturu a hodnotový systém.

Být empatický k odlišné pacientově kultuře – je zapotřebí být připravena i na možné pacientovo egocentrické chování.

Projevovat úctu k pacientům a jejich kultuře – jedná se o prověřenou cestu, jak eliminovat překážky ve vzájemné komunikaci

Mít trpělivost – je nezbytná vlastnost k získání si důvěry a respektu pacienta.

Analyzovat své chování – uvědomit si sebe sama a své vlastní kulturní hodnoty, a znát pacientovy názory na hodnoty, kulturu pečujících osob.⁹²

Pro interakci mezi sestrou a pacientem je vhodné dodržovat některé zásady, které je možné považovat za etického rádce při rozhodování v poskytování multikulturní péče:

- *K lidským právům patří kulturní péče, respektující víru, hodnoty, zvyky a postupy dané kultury*
- *Kulturně založená péče a postupy udržování dobrého zdravotního stavu se liší zejména mezi západním a východním kulturním prostředím.*
- *Předávání zkušeností o efektivních způsobech kulturní péče, nabývání přesvědčení a porozumění tvoří základní poznatky multikulturního ošetřovatelství*

⁹¹ Srov. NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. 2008. ISBN 978-80-7372-404-7, str. 80

⁹² Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1-80-247-3843-7

- *Poznatky a praxe laické a profesionální péče se liší zejména úrovní a hloubkou vědomostí a praktickými zkušenostmi, proto je nutné je u pacienta ověřit dříve, než začneme s poskytováním jakýchkoliv informací.*
- *Holistický přístup a adekvátní poznatky z multikulturního ošetrovatelství jsou nezbytné k pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů, týkajících se světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenství, náboženství, technologií, ekonomických a politických faktorů a specifiky kulturních hodnot, zvyků a způsobů péče o pohodu a zdraví.*
- *Poskytování multikulturní péče vyžaduje porozumění sobě samému, vlastní kultuře, vlastnímu způsobu pronikání do jiných kultur a ochotu pomáhat jiným.*
- *Multikulturní ošetrovatelská individuální péče vyžaduje úzkou spolupráci pacienta a sestry, aby byly dosaženy očekávané výsledky.⁹³*
- *Správná komunikace je motivací pro sestru i pacienta, lépe informovaný pacient je schopen se lépe zapojit, a to vede ke zlepšení jeho zdravotního stavu.⁹⁴*

Model M. Leiningerové tvoří základ transkulturního ošetrovatelství. Její celoživotní výzkum zaměřený na rozvoj teorie rozvíjí a převádí jej na konkrétní práci s pacientem. Model Gigerové a Davidhizarové, tento model rozšiřuje a konkretizuje zejména v hodnocení stavu potřeb pacienta. V současné době se v ošetrovatelské péči, pokud vím, nepoužívá ošetrovatelská dokumentace, která by byla uzpůsobena principům multikulturního ošetrovatelství. Sestry odebírající anamnézu pacienta jiné kultury shodným způsobem jako u pacientů z dominantní kultury.

Pokud je multikulturní péče poskytována dětským pacientům, je nutné myslet a specifika spojená s věkem a jeho odlišnostmi, schopností porozumět v jednotlivých věkových obdobích. Je proto velice žádoucí, aby dětského pacienta doprovázel rodič, nebo jiná blízká osoba.

V článku 4. Charty práv dětí v nemocnici mají děti a rodiče právo na informace podávané takovým způsobem, jaký odpovídá jejich věku a chápání.

⁹³ KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1-80-247-3843-7, str. 48-49

⁹⁴ Srov. Tamtéž, str. 49

Tedy, aby poskytované informace naplnily jak potřeby dítěte, tak jeho rodičů, a péče byla pro dítě přínosná, měly by:

- Být informace poskytovány průběžně od přijetí pacienta do jeho propuštění
- Obsahovat také informace ohledně další péče a propuštění
- Být poskytovány v nestresujícím, bezpečném prostředí, které respektuje soukromí, a za situace, kdy žádná ze stran není tlačena časem
- Být poskytovány zkušeným členem personálu, schopným sdělovat informace tak, aby jim bylo možné porozumět
- Být opakovány tak často, jak je pro jejich pochopení nezbytné
- Být někým z personálu ověřené, aby bylo jisté, že je jak dítě, tak jeho rodiče správně pochopili⁹⁵

Pokud hodnotíme etický význam péče z hlediska role multikulturního ošetřovatelství, pak jsou zde v popředí dvě základní etické povinnosti sestry, a to ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví osob.⁹⁶

⁹⁵ Srov. KRÁLOVEC 2020 – Jiří KRÁLOVEC: Charta práv dětí v nemocnici (EACH Charter) jako nástroj posilování a ochrany etických aspektů pediatrické hospitalizace (Diplomová práce na Katolické teologické fakultě Univerzity Karlovy). Praha 2020, str. 51

⁹⁶ Srov. NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. 2008. ISBN 978-80-7372-404-7, str. 86

4. ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala tématům a otázkám spojeným s multikulturním ošetrovatelstvím, které se stává aktuálním se současnou uprchlickou vlnou ukrajinských migrantů.

V první kapitole se věnuji současné uprchlické krizi. Seznamuji s Ukrajinci, jejich kulturou, vzdělávacím, zdravotním a sociálním systémem a přibližuji migrační vlny Ukrajinců do našich zemí, zejména té současné. Migrace válečných uprchlíků mne ovlivnila zejména potřebou zajistit kontinuální zdravotní a ošetrovatelskou péči onkologicky nemocných dětí, uprchlých spolu s rodiči před Ruskou agresí vůči Ukrajině. V této části popisuji přístup našeho státu k válečným uprchlíkům, způsoby, jakým je jim poskytována humanitní pomoc, s jakou legislativou je spojena.

Ve druhé kapitole se zaměřuji na ošetrovatelství, jeho vznik, vývoj, vzdělávání sester a specifika rozvoje oboru dětská sestra. V souvislosti s válečnými uprchlíky, ale i globální migrací, dostává prostor multikulturní/transkulturní ošetrovatelství. Zaměřuji se na terminologii, etické aspekty poskytování multikulturní péče, komunikaci v multikulturním ošetrovatelství, etické odpovědnosti sestry při poskytování multikulturní ošetrovatelské péče.

Ve třetí části popisuji dva důležité modely používané v multikulturním ošetrovatelství, podle kterých se dnes rozvíjí etika ošetrovatelství v multikulturním kontextu (koncepte Madeleine Leiningerové a Joyce Newman Gigerové s Ruth Elian Davidhizarovou).

V současném globalizovaném světě se otázky migrace promítají dá se říci, do všech oborů a odvětví. Tím se otázky mezikulturního dialogu a multikulturního ošetrovatelství stávají společným tématem, který se bude jistě dále vyvíjet. Největší limity spatřuji v jazykové bariéře, ale optimisticky si dovolím předpokládat, že současná generace mladých lidí je více jazykově vybavena a v budoucnosti jazyková bariéra zcela vymizí.

Témata autorů teorií zmiňující lidská práva, lidskou důstojnost a otázky dialogu a porozumění, rezonují napříč obory. Zároveň všichni zdůrazňují, že podstata plnohodnotného dialogu a porozumění začíná u každého z nás. V naší ochotě naslouchat s empatií, přiblížit se k druhému a zároveň se pokusit překročit a upozadit sám sebe a být otevřený změně.

Ošetřování dětského pacienta je v multikulturním ošetřovatelství velmi specifické a je nutné si uvědomit, že je tato situace pro dítě nesmírně náročná. Důležité je, aby dítě i rodiče se zdravotníky spolupracovali. Přístup k dítěti a komunikace s ním vyžaduje velkou dávku trpělivosti, lidskosti, empatie a schopnosti naslouchat. Zvláště v komunikaci, by sestra měla naslouchat nejen uchem a zrakem, ale hlavně srdcem.

Důležitým pomocníkem v přístupu k dětským pacientům cizincům by se pro sestry měla stát Charta práv dětí v nemocnici.

Pro ošetřovatelskou praxi je důležité porozumět etickým výzvám vycházejícím z potřeb pacientů cizinců. Umět empaticky naslouchat, mít alespoň základní povědomí, nebo se chtít dozvědět, o kultuře daného pacienta a chovat se k němu s vědomím, že i já nebo kdokoliv můj blízký se můžeme dostat do podobné situace, kdy oceníme vstřícnou a laskavou péči.

Seznam použitých zkratek

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FN Plzeň	Fakultní nemocnice Plzeň
ICN	International Council of Nurses
IDVZP	Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
KACPU	Krajské asistenční centrum pomoci Ukrajincům
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam literatury

- BARNÁŠOVÁ, L. 2017. *Možnosti využití kulturně specifických modelů v současném ošetrovatelství*. České Budějovice, Bakalářská práce. ZSF JU
- EVANS, A. *Ukrajina*. Jota 2007. Brno. ISBN 978-80-7217-509-3
- FILIPÍ, Pavel. *Křesťanstvo. Historie, statistika, charakteristika křesťanských církví*, Centrum pro studium demokracie a kultury. Brno. 2012. ISBN 978-80-7325-280-9
- HEŘMANOVÁ, Jana – VÁCHA, Marek a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9
- HLAVINKA, Pavel, *Dobro a ctnost pohledem etických a náboženských koncepcí*. Triton. Praha. 2014. ISBN 978-80-7387-786-6
- IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Grada Publishing, a.s. 2005. ISBN 80-247-1212-1
- JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostravská univerzita Ostrava. Ostrava 2002. ISBN 80-7042-339-0
- KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I. ročník*. 2. vyd. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9856-1
- KRÁLOVEC 2020 – Jiří KRÁLOVEC: *Charta práv dětí v nemocnici (EACH Charter) jako nástroj posilování a ochrany etických aspektů pediatrické hospitalizace (Diplomová práce na Katolické teologické fakultě Univerzity Karlovy)*. Praha 2020
- KUČEROVÁ 2011 – Jana KUČEROVÁ: *Domácí hospicová péče poskytovaná Charitou Česká republika (Bakalářská práce na Fakultě zdravotnických studií Západočeské Univerzity v Plzni)*. Plzeň 2011
- KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*, Grada Publishing, a.s. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1-80-247-3843-7
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978
- MARTÍNEK, Jiří. *Ukrajina a Moldavsko turistický průvodce do zahraničí*. Olympia a. s. 2011, vydání první, 224 stran, ISBN 978-80-7376-267-4
- MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické v Opavě*. Opava 2007. ISBN-978-80-7248-005-0 *praxi*. Slezská univerzita
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005 ISBN 80-247-1024-

- NOVÁKOVÁ, Iva. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec. Technická univerzita v Liberci. 2008. ISBN 978-80-7372-404-7
- ONDŘIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing, a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1696-6
- PAVLÍKOVÁ, Eva., SLÁDEK Karel. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR: kolektivní monografie*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2009, 120 s. ISBN 978-808-6818-955
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada Publishing a.s. 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha. Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3976-2
- PLEVOVÁ, Ilona – SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8; s. 256
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada Publishing a.s. 2014, 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s. 2022, 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3
- SEDLÁŘOVÁ, P., a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-7013-263-9.
- SIKOROVÁ, Lucie, *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-802-4735-931
- ŠÍŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v ČR*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-648-9
- ŠIMEK, Jiří, *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1213-X
- TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1.vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6
- VÁCHA, Marek a kol. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1262-8
- VACUŠKOVÁ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. část. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7

MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2015. Strategie migrační politiky České republiky. Praha: MV ČR. ISBN 978-80-86466-83-5.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR: Koncepce ošetřovatelství. Metodické opatření, částka 6, 2021*

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKOSLOVENSKÉ SOCIALISTICKÉ REPUBLIKY. *Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy. Studijní obor 53-02-6 dětská sestra. Denní studium absolventů základní školy. DP MNV Rozstání: 598-84. Neprodejný výtisk. 1984*

Internetové zdroje:

PŘÍHODA, Petr. Etika: Čtvero základních principů lékařské etiky [online]. [cit. 2023-04-23]

<<http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>>.

KROPÁČEK, Jan. Mapa: Ruská invaze vyhnala z Ukrajiny pět milionů lidí. Česko vydalo 381 tisíc víz. [online]. 2023 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: 77 <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/uprchlicipoctymapa/r~d5c11f6ea37611ec9ba00cc47ab5f122/> KURZY. Nezaměstnanost v ČR, vývoj, rok 2022. [online]. 2022 [cit. 2023-03-22]. ISSN 1801-8688. Dostupné z:

<https://www.kurzy.cz/makroekonomika/nezamestnanost/>

Informace o Ukrajině | Generální konzulát České republiky ve Lvově. 302 Found [online]. Dostupné z: https://www.mzv.cz/lvov/cz/informace_o_ukrajine/index.html

Lex Ukrajina – základní přehled: Migrace Online. *home: MigraceOnline.cz* [online]. Dostupné z: <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/lex-ukrajina-zakladni-prehled>

Seznam Krajských asistenčních center pomoci Ukrajině – Ministerstvo vnitra České republiky. *Úvodní strana – Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Copyright © 2023 Ministerstvo vnitra České republiky, všechna práva vyhrazena [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/seznam-krajskych-asistencnich-center-pomoci-ukrajine.aspx>

Pomoc Ukrajině / Допомога Україні: oficiální informační server města Plzně. *Plzeň – oficiální informační server města: oficiální informační server města Plzně* [online]. Copyright © 2023 Statutární město Plzeň [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: https://www.plzen.eu/pomoc-ukrajine/chap_135807724/pomoc-ukrajine-dopomoga-ukra-n-1.aspx

Rok války na Ukrajině – data o čerpání zdravotní péče Ukrajinci v Česku – VZP ČR. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2023 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 01.06.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/rok-valky-na-ukrajine-data-o-cerpani-zdravotni-pecce-ukrajinci-v-cesku>

Ministerstvo zdravotnictví [online]. Copyright © [cit. 21.03.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/03/Doporuceny-postup-MZ-CR-k-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-uprchlikum-z-Ukrajiny.pdf>

UA POINT – медичне обслуговування українських біженців – Ministerstvo zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [cit.21.03.2023] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/uapointy-lekarska-pecce-pro-ukrajinske-uprchliky/>

Léčbu ukrajinských dětí v Česku komplikuje neúplná nebo nedostupná zdravotnická dokumentace — ČT24 — Česká televize. *ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize* [online]. Copyright © Česká televize 1996 [cit. 21.03.2023]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/regiony/3536143-lecbu-ukrajinskych-deti-v-cesku-komplikuje-neuplna-nebo-nedostupna-zdravotnicka>

Úvodní stránka | Česká asociace sester [online]. Copyright ©1 [cit. 12.06.2023]. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_ien_2012.pdf

Přílohy:

1. Souhlasné stanovisko se sběrem údajů ve FN Plzeň



Vážená paní
Jana Kučerová
Studentka oboru Aplikovaná etika
Katolická teologická fakulta – Katedra systematické teologie a filosofie
Univerzita Karlova

Povolení sběru informací ve Fakultní nemocnici Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** vypracování Vaší diplomové práce s využitím Vašich pracovních zkušeností, včetně využití anonymizované kazuistiky dětského pacienta z *Dětské kliniky (DK) Fakultní nemocnice Plzeň (FNP)*. Vaše diplomová práce s názvem „*Etická dilemata v multikulturním ošetrovatelství v souvislosti s dětskými ukrajinskými válečnými uprchlíky*“ bude zpracována i s pomocí dostupných odborných informací z webových stránek FNP.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra DK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nesmí narušit chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
 - **Sběr informací pro Vaši diplomovou práci budete provádět se souhlasem paní Sedláčkové Romany, Mgr., vrchní sestry DK FN Plzeň, s kterou budete konzultovat své závěry před jejich využitím / zveřejněním ve Vaší diplomové práci.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Toto povolení také nezakládá povinnost vedoucích pracovníků Vám šetření umožnit, pokud by Vaše šetření narušovalo plnění Vašich pracovních povinností, či nevhodně zasahovalo do provozu ZOK.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
Manažerka pro vzdělávání nelékařů
Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň
Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň
Tel: 377 401 663
E-mail: chabrovas@fnplzen.cz

27. 2. 2023