

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Specifika ošetrovatelské péče o dětského romského
pacienta**

bakalářská práce

Autor práce:	Pavel Vejsada
Studijní program:	Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Dita Nováková Ph.D
Datum odevzdání práce:	2.5.2013

Abstrakt

Romské etnikum je nejpočetnější menšinou žijící v ČR. Tato menšina je často charakterizována jako problematická a to především kvůli svému specifickému způsobu života a odlišnému hodnotovému žebříčku. Tyto zvláštnosti jsou patrné již v dětském věku. Rodina přistupuje k výchově romského dítěte velmi „živelně“. Romské dítě chodí spát kdy chce, jí kdy chce - nejsou na něj kladeny žádné nároky. Častým jevem je také absence předškolního vzdělávání, které hraje v přípravě na základní školu zásadní roli. Do nemocničního prostředí tedy často přichází dítě, které bylo zvyklé na svůj uzavřený svět, ve kterém mluvilo převážně romsky a bylo obklopeno pouze svou rodinou. Na sestře je v tomto okamžiku nelehký úkol, poskytnout kvalitní kulturně specifickou péči etniku, které je v očích společnosti, a často i v sestře samotné, vnímáno jako problematické a zahaleno předsudky.

Tématem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta. Teoretická část je zaměřena na vývoj pediatrického ošetrovatelství, obecné vymezení potřeb dítěte v ošetrovatelském procesu a dítěte jako hospitalizovaného pacienta. Důležitou součástí je také obecné vymezení multikulturního ošetrovatelství. V kapitolách zaměřených na romské etnikum jsou popisovány dějiny Romů v proměnách času, Romové a kultura a v neposlední řadě také znaky současné romské rodiny. Hlavní částí teoretických východisek, je kapitola věnovaná specifikům ošetrovatelské péče o romské dítě. Tato část prezentuje obecné zvláštnosti při ošetrování romského dítěte, psychologické charakteristiky, zdraví a nemoc ve vnímání romského etnika, herní aktivity romských dětí a utrpení a umírání v romské kultuře.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit jedinečnost ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta. Pro splnění cíle byly stanoveny výzkumné otázky: Jak se liší ošetrovatelská péče u hospitalizovaného romského dítěte oproti dítěti z majority? Jakým způsobem se odlišuje komunikace s rodinou romského dítěte od běžných rodin? Jak se liší přístup ošetrovatelského personálu k romskému dítěti ve vykonávaných intervencích oproti dítěti z majority? Výzkum byl proveden formou kvalitativního výzkumného šetření, metodou polostandardizovaných rozhovorů, se sestrami pracujícími na dětském lůžkovém oddělení.

Dotazováno bylo celkem 7 sester s odlišným spektrem vzdělání, od středního odborného vzdělání v oborech všeobecná sestra a dětská sestra, až po sestry s ukončeným bakalářským vzděláním. Otázky byly rozděleny do oblastí, ve kterých byly následně přepisovány. Jedná se o oblast: obecné pojetí multikulturního ošetrovatelství, romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka, romské dítě jako hospitalizovaný pacient, komunikace a rodina. Druhým výzkumným souborem byly romské děti ve věku od 5 do 7 let hospitalizované na dětském lůžkovém oddělení. U dětských pacientů bylo použito skryté zúčastněné pozorování zaměřené na sociální kontakt se spolupacienty a personálem, motorické dovednosti, úroveň sebeobsluhy a verbální projev.

Druhou částí bylo skryté zúčastněné pozorování zaměřené na ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na dětských lůžkových odděleních. Sestry byly pozorovány při vykonávání činností, hodnocena byla zejména aplikace kulturních specifik do poskytované péče a komunikace s dítětem při vykonávání intervencí.

Problémy, které byly zhodnoceny při rozhovorech jako nejdůležitější pro zodpovězení výzkumných otázek, byly kategorizovány do šesti schémat. V případě pozorování bylo zvoleno zpracování do tabulek.

Ke skutečnostem, které z rozhovorů vyplynuly, patří fakt, že nadpoloviční většina dotazovaných sester přiznává promítání předsudků do ošetrovatelských intervencí. Mezi jasná specifika v komunikaci romského dítěte řadí nedostatečnou znalost českého jazyka. V oblasti sebeobsluhy vnímají sestry jako klíčové deficity v oblasti oblékání a hygieny.

Většina pozorovaných sester specifika do poskytované péče neaplikovala. Během pozorování byla zjištěna skutečnost, že sestry nemají dostatek vědomostí a zkušeností pro poskytování kulturně specifické péče. Druhá část pozorování byla zaměřena na romské dětské pacienty a na jejich zvláštnosti ve verbálním projevu, sebeobsluze, chování ke spolupacientům a ošetrovatelskému personálu, motorice a v herních aktivitách. V této oblasti se potvrdilo tvrzení sester, týkající se nedostatečné slovní zásoby dětí a deficitu sebepéče v oblasti oblékání a osobní hygieny.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že péče o romské dítě má své specifické zvláštnosti, se kterými však sestry neumí pracovat a aplikovat je do poskytované péče. V oblasti komunikace s rodinou by měla být ošetřující sestra iniciativní osobou a zapojovat rodinu do aktivní péče o jejich dítě. Romské děti bývají často velmi živelné, působí nevychovaně a nerespektují společenské mantinely. Mají však i pozitivní vlastnosti, jako jsou vstřícnost, smysl pro hru, upřímnost a otevřenost. Sestry by se proto měly zamyslet nad smyslem ošetřovatelské péče a snažit se vidět v lidech především dobré vlastnosti, a ty využívat k naplnění ošetřovatelského cíle, k prevenci a podpoře zdraví malého romského pacienta.

Klíčová slova: sestra - Romové - dítě - ošetřovatelství

Abstract

The Romany ethnic group is the largest minority which is living in Czech Republic. This minority group is often characterized as problematic especially due to its specific way of life and different value ladder. These oddnesses are apparent already in the childhood. Also family takes a very spontaneous approach to the Romany child upbringing. Romany child goes to sleep when he wants eats when he wants and no demands are placed on him. Frequent phenomenon is also absence of the preschool education which plays a crucial role in the preparation for the elementary school. Thus into the hospital environment comes often child who was used to his closed world in which he talked only Romany and was surrounded only by his family. Nurse has in that moment a difficult task to provide high quality culture specific care to the ethnic group which is in eyes of society and often also in the eyes of the nurse herself problematic and covered with prejudice.

Subject for this bachelor thesis are the specifics of hospital care for child Romany patient. Theoretical part is focused on the development of paediatric care, general determination of children's needs in the hospital care process and child itself as an inpatient. Important part is also general determination of multi-cultural medical care. In the part dedicated to Romany ethnic group, their history, culture and last but not least characteristics of current Romany family are described. The main part of the theoretical themes is a chapter dedicated to the specifics of the health care for Romany child. This part presents general oddnesses by the medical care for the Romany child, psychological characteristics, health and illness in the understanding of Romanies, play activities of the Romany children and suffering and death in Romany culture.

Target of the practical part is to define the specifics of the medical care for child Romany patient. For the fulfilment of the above mentioned target three researching questions have been set up: How differs the medical care for the child Romany patient against the patient from the major society? What are the rules of communication with the Romany family? How differs the attitude of the medical personal to the Romany child against the child from the major society? Research was done in form of qualitative research with help of half-standardized interviews method with the nurses

working in the children's inpatient ward. Interviewed were 7 nurses with the wide spread of education level starting from secondary professional education in the subject nurse and paediatric nurse up to nurses with bachelor degree. Questions were divided into several areas in which they were evaluated. We are talking about the areas: general conception of multi-cultural medical care, Romany ethnic in the perception of medical staff, Romany child as an inpatient and communication with the family. Second research universe were Romany children in the age of 5 – 7 hospitalized on the paediatric ward block. By the child patients the hidden observation has been used focused on the social contact with other patients and personnel, motor skills, level of self-care and verbal language.

Second part was the hidden observation focused on the care given by nurses on paediatric ward blocks. Nurses were observed by daily activities. Evaluated was especially application of the culture specifics into the offered care and communication with the child while invasive intervention has been executed.

Problems which were defined during the interviews as a most important for answering the research questions were categorized into six schemes. In case of observations the form of tables was chosen.

To the facts which emerged from the interview belongs that majority of interviewed nurses confess reflecting of prejudice into medical care. They count among clear specifics in communication of Romany child especially insufficient knowledge of Czech language. In the area of self-care they perceive as a crucial deficit putting on the clothes and hygiene.

The majority of the observed nurses did not include the specifics into the provided medical care. During the observation was discovered that the nurses do not have enough knowledge and experience for providing the culture specific medical care. Second part of the observation was focused on the Romany child patients and their specifics in the verbal language, self-care, behaviour towards other patients and medical staff, motor activities and playing activities. In this part the statements of nurses concerning the insufficient vocabulary and the lack of self-care in terms of putting on the clothes and hygiene was confirmed.

From the results of the research emerged that the medical care for the Romany patient has its specific, which the nurses cannot work with and which they cannot apply into the provided medical care. In the area of communication with the family should the nurse be that active person and involve the family into the care for Romany child. Romany child is very spontaneous, it gives an impression of ill-breeding and does not respect social rules. On the other hand it has also positive personality traits as responsiveness, sense for a game, sincerity and openness. Nurses should therefore have a thought about the sense of hospital care a try to see in human beings especially positive personality traits and use them to the fulfilment of the medical care targets and for prevention and support of health of the small Romany patient.

Key Words : Nurse - Roma - Child - Nursing

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za podporu a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Organizace pediatrické péče	13
1.1.1 Rozvoj pediatrického ošetrovatelství	14
1.2 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu	16
1.2.1 Hospitalizace v životě dítěte	17
1.3 Multikulturní ošetrovatelství	18
1.3.1 Specifika ošetrovatelského procesu v multikulturním a pediatrickém ošetrovatelství	20
1.4 Romové v proměnnách času	21
1.4.1 Romská rodina v současnosti	24
1.4.2 Romské náboženství a kultura	25
1.5 Specifika ošetrování dětského romského pacienta	27
1.5.1 Psychické charakteristiky romského dítěte	29
1.5.2 Herní aktivity	30
1.5.3 Komunikace s romským dítětem a jeho rodinou	31
1.5.4 Vnímání zdraví a nemoci	32
1.5.5 Utrpení a smrt v romské kultuře	34
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA	36
3.1 Použitá metoda	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 VÝSLEDKY	37
4.1 Rozhovory se sestrami pracujícími na dětských lůžkových odděleních	37
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	52
4.3 Pozorování	58

5	DISKUSE	62
6	ZÁVĚR	69
7	POUŽITÁ LITERATURA	71
8	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta. Motivací pro výběr tohoto tématu bylo mé studijní a profesní zaměření na romské etnikum již v rámci středoškolského studia, kde však tvořil dominantu pohled sociální. Proto jsem se v rámci bakalářského studia opět rozhodl věnovat etnické problematice, nyní ovšem z ošetrovatelského hlediska se zapojením sociálního aspektu, který k multikulturnímu ošetrovatelství nedílně patří.

Romové jsou nejpočetnější etnickou skupinou na našem území. Bohužel se také pyšní přívlastkem „nejproblematictější“. Většina laické veřejnosti na tuto menšinu nahlíží se skepsí a neporozuměním. Jinak tomu není ani v ošetrovatelské péči, kdy zdravotnický personál přistupuje k romskému pacientovi již od počátku s nedůvěrou.

Jelikož bych se rád profesně zaměřil na pediatriickou péči, rozhodl jsem se ve své bakalářské práci věnovat právě romským dětem.

Vlivem historických změn a světových válek došlo k negativní adaptaci romského etnika na okolní prostředí. Romské etnikum si vlivem těchto změn vytvořilo k majoritní společnosti nedůvěru. V období po druhé světové válce, začal být aplikován zcela nový trend - asimilace. Proto dnes nacházíme tuto menšinu především na sídlištích, jim tak nepřirozeném prostředí.

Romové vždy kladli velký důraz na rodinu a starost o děti byla vždy na prvním místě. Dnes již v rodinách nalézáme celou řadu sociálně patologických jevů. Velmi často sledujeme nekoordinovaný přístup k výchově, kdy děti nejsou zvyklé dodržovat denní režim, plnit každodenní povinnosti, navštěvovat školku či školu.

Mým cílem je zjistit specifika v péči o dětského romského pacienta hospitalizovaného na dětském lůžkovém oddělení. Teoretická část se bude zabývat historií romského etnika, specifiky v herních aktivitách romských dětí, komunikací s romským dítětem, a poskytováním informací rodině takového pacienta. Získaná data a informace budou prezentovány v odborném periodiku.

1 SOUČASNÝ STAV

Romové, ač se zdají být součástí společnosti, jsou především minoritou, která má své zvláštnosti. Ty by si měli uvědomovat především pracovníci, vykonávající pomáhající profese a měli by umět s touto menšinou spolupracovat a komunikovat. Profese dětské sestry klade na jedince velké požadavky zejména v oblasti komunikace, jelikož získání důvěry a navázání spolupráce s dětským pacientem bývá složitým problémem. V případě romských dětí je tato situace ještě více komplikovanou vzhledem ke specifickým této menšiny. Romské děti mohou často přicházet s nedostatečnou úrovní sebekvědy a ze zcela odlišného prostředí než známe z majoritních rodin. Proto je důležité pro zdravotnického pracovníka tato specifika znát a umět je vhodně aplikovat do ošetrovatelské péče (Meisnerová, 2010).

1.1 *Organizace pediatrické péče*

Pediatrická péče je v současné době poskytována formou ambulantní i ústavní. Ambulantní péči dělíme na primární, specializovanou a zvláštní. Základní článek v primární péči o dítě představuje praktický lékař pro dítě a dorost společně s dětskou sestrou. Primární péči můžeme charakterizovat jako komplex zdravotně-sociální péče, poskytované odborným zdravotnickým personálem (Sedlářová, 2008).

Péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, s prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Praktický lékař pečuje o děti od narození do 18 let včetně, poskytuje jim komplexní pediatrickou péči ve zdraví i nemoci, tedy preventivní i kurativní péči. Specializovaná péče je prováděna v samostatných specializačních zařízeních pediatrem s příslušnou kvalifikací (Sedlářová, 2008).

Lůžková pediatrická péče je tvořena sítí dětských oddělení, která jsou součástí nemocnic různého typu. Dětská oddělení poskytují základní i specializovanou diagnostickou a léčebnou péči dětem od narození do 18 let včetně a jejich součástí jsou i preventivní opatření. Specializovaná péče je v těchto zařízeních prováděna lékařem

s příslušnou kvalifikací, např. dětský nefrolog, kardiolog, gastroenterolog a dalšími. Základem nemocniční péče je účinná spolupráce s ostatními odborníky. V souladu s mezinárodně uznávanou Chartou práv hospitalizovaného dítěte je třeba všechny děti hospitalizovat na dětských a dorostových odděleních (Sedlářová, 2008).

Ve větších nemocnicích jsou dětská oddělení rozčleněna nejčastěji dle věku dětí a charakteru jejich onemocnění, např. kojenecké oddělení, oddělení větších dětí, hemato-onkologické oddělení a další. V menších nemocnicích, kde je pouze dětské oddělení, jsou pacienti umístěni v rámci jedné až dvou stanic (Slezáková, 2010).

Děti a dospívající s vážným onemocněním jsou hospitalizováni na dětských jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Novorozenecká oddělení tvoří jednotný celek spolu s porodnickým oddělením (Sedlářová, 2008).

1.1.1 Rozvoj pediatrického ošetřovatelství

S vývojem dětského lékařství souvisí také rozvoj ošetřovatelství, které je spjato se vznikem a vývojem profese dětské sestry. Zvláštní odborná příprava zdravotníků pro ošetřování dětí dlouho neexistovala. Při léčení a ošetřování nemocných dětí se uplatňovaly zkušenosti získané v péči o děti v nalezincích a při pozorování nemocných dětí doma. Mezi první dětské sestry můžeme zařadit ošetřovatelky v nalezincích. (Sedlářová, 2008)

Mezi ně nepochybně patřily svobodné matky, osamělé ženy nebo vdovy, které se do těchto zařízení se svými dětmi uchylovaly. Ať již šlo o řádové sestry v nemocnicích nebo o civilní sestry v nalezincích, vědomosti čerpaly jen z praktických zkušeností. Se vznikem dětských nemocnic souvisí vzdělávání dětských ošetřovatelek, které začalo v roce 1918 (Sedlářová, 2008).

V Praze byl zahájen jednoletý kurz na Státní ošetřovatelské škole. První ošetřovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 v Praze - Krči (Kutnohorská, 2010).

O založení školy se zasloužil primář MUDr. Quido Mann, který také školu vedl. Z počátku byla škola roční, ale pak byla výuka zkrácena na půl roku. Důvodem byla

potřeba sester v praxi. Tato škola byla až do roku 1945 jedinou školou zaměřenou na výuku dětských sester (Kutnohorská, 2010).

V roce 1946 vznikla v Praze Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Všechny školy, ve kterých byly vychovávány dětské sestry, byly v roce 1948 přeměněny na střední odborné školy a staly se čtyřletými (Kutnohorská, 2010).

V roce 1995 došlo k přeměně zdravotnického školství v oboru dětská sestra. Čtyřleté studium i dvouleté pomaturitní studium potřebné k získání kvalifikace dětské sestry bylo zrušeno. Tříletý studijní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách byl zaveden poprvé v roce 1996 (Sedlářová, 2008).

K rozsáhlým a podstatným změnám došlo na podkladě Zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. V roce 2006 bylo zrušeno studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách. Podle nové legislativy může všeobecná sestra získat kvalifikaci dětské sestry ve specializačním vzdělávacím programu v rámci atestačního studia, nebo studiem v navazujícím magisterském programu v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii (Vacušková, 2009).

Na ošetrovatelské péči o dětské pacienty se tedy v současné době podílí mimo celé řady profesionálů také dětské sestry nebo nově také všeobecné sestry se získanou specializací v oboru pediatrické ošetrovatelství. Dětské sestry by měly být zapojovány do všech aspektů péče o dítě i jeho rodinu. Jejím hlavním cílem by měla být podpora růstu a zdravého vývoje dítěte (Sikorová, 2011). Její dominantní úlohou by měla být obhajoba práv dítěte, a to jak po stránce fyzické, tak emocionální i sociální. Do této role je důležité zapojovat zejména rodinu dítěte. Jestliže se ošetrující domnívá, že okolí nejedná v nejlepším zájmu dítěte, měl by umět tuto situaci včas rozpoznat a patřičně vyhodnotit (Leifer, 2004).

Sestra by měla být schopna také vytvářet optimální podmínky pro komunikaci mezi ní, rodinou a dítětem, umět mapovat a vyhodnocovat potřeby dětských pacientů, a zároveň budovat přátelský vztah založený na důvěře s dětským pacientem i jeho rodinou (Sikorová, 2011).

1.2 Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu

Potřeba je něčím, co jedinec nutně potřebuje pro svůj přirozený vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka a tím zcela přetváří model chování jedince (Trachtová, 2008).

Potřeby dítěte, ať už zdravého, či nemocného, mají mnoho společného, ať se jedná o potřeby tělesné, či psychické. Velmi důležité je jejich naplňování tak, aby jejich vývoj odpovídal maximálně jejich možnostem. Proto prvořadým úkolem rodičů i ošetřujícího personálu je tyto potřeby uspokojovat. Základní potřeby můžeme dělit podle K. E. Allena a L. R. Marotze na tělesné, psychické, učení, úcty a sebevědomí. K tělesným potřebám řadíme: ochranu a přístřeší, výživné jídlo, čistotu, odpočinek, teplo a ošacení (Sikorová, 2011).

K psychickým potřebám náleží zejména výchovná péče rodičů a opatrovníků provázená pocitem jistoty „je tu někdo pro mě“. Dále reciproční výměna, kdy se dítě učí „dávat a brát“ ve vzájemných vztazích, a tím se v něm posiluje schopnost vnímat a reagovat. Samozřejmostí by také mělo být bezpečí a důvěra, společně s přijímáním kulturních, etických a vývojových zvláštností (Sikorová, 2011).

Potřeba učit se by měla být uspokojována zejména s ohledem k momentální chuti dítěte hrát si. Umožnit dělat chyby v rámci učební jednotky, vytvořit dostatečně podnětné prostředí a přístup k adekvátním materiálům odpovídajícím věku dítěte. Budovat v dítěti úctu a sebevědomí by mělo být součástí výchovy, protože tato potřeba hraje velkou roli v dalším vývoji osobnosti dítěte. Rodič a ošetřující personál k uspokojování této potřeby přispívají vlídným prostředím, oceněním i drobného úspěchu společně s podporou kladného sebehodnocení (Sikorová, 2011).

V případě, že nedojde k uspokojování potřeb dítěte, nebo k němu dochází ve velmi malé míře, dochází u jedince k prožitkům nedostatku, nouze a omezování. Tento stav je označován jako frustrace. Dítě, narozdíl od dospělého, většinou nedokáže určit příčinu své frustrace. Frustraci lze u dítěte rozpoznat ze změn v komunikaci, emocionálních prožitcích a sociálních vztazích. Častými projevy u dítěte bývá pocit únavy a vyčerpání, apatie, lítostivosti, znuđenosti a omezení komunikace s dospělými. Vážnějším následkem nerespektování a neuspokojování potřeb dítěte je deprivace. Termín

deprivace bývá spojován zejména s psychikou dítěte, a charakterizuje se jako chybění „něčeho“. Deprivaci můžeme označit jako výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležitě míře a po určitou dosti dlouhou dobu. Což může mít za následek ohrožení jeho duševního vývoje. (Sikorová, 2011).

1.2.1 Hospitalizace v životě dítěte

Hospitalizace s sebou pro dítě přináší řadu změn, které je nutné rozpoznat, sledovat a adekvátně řešit. Zejména se jedná o narušení normálního života dítěte, jeho běžných aktivit a životního stylu rodiny a přichází o kontakt se sourozenci nebo příbuznými. První kontakt dítěte s nemocnicí by měl být pozitivní, měl by navodit upokojující atmosféru (Ondriová, 2010).

V našich podmínkách se každé dítě již od útlého věku setkává se zdravotnickými institucemi, jak při preventivních podmínkách, tak při onemocnění. Často již návštěva zdravotnického zařízení vyvolává u dítěte nejistotu, strach a nedůvěru, neboť zde postupně získává zkušenosti s nezbytnými bolestivými zákroky. Pláč ostatních dětí a dlouhé čekání často jen umocňuje úzkost a strach dítěte. Negativní psychické následky hospitalizace je možné zmírnit správným přístupem k dítěti a jeho rodičům. Psychická příprava dítěte na hospitalizaci snižuje strach a rodiče neprožívají tolik emocionálních problémů (Zacharová, 2007).

Pokud zdravotní stav dítěte vyžaduje hospitalizaci, je v současnosti preferováno přijetí k hospitalizaci rodiče společně s dítětem. V případě rodičů s dětmi do 6 let věku je tento pobyt hrazen ze zdravotního pojištění. V případě dětí starších 6 let je tato možnost poskytnuta pouze se souhlasem revizního lékaře (Zacharová, 2007).

Rodič, ke kterému má dítě pozitivní vztah, je pro něj psychickou a emocionální oporou. Poskytuje mu ochranu, bezpečí, lásku a jistotu (Ondriová, 2010).

Mezi významné důvody pro přijetí rodiče společně s dítětem patří také dopomoc matky při porozumění ošetrovatelskému personálu dítěti, a následně zjednoduší průběh vyšetřovacích výkonů. Pokud je rodič správně edukován ošetrovatelským personálem

o ošetřování dítěte v domácím prostředí, výsledkem může být výrazně zkrácena doba hospitalizace (Ondriová, 2010).

Pokud není hospitalizace matky či otce z různých důvodů možná (zaměstnání matky, vícedětná rodina), je důležité umožnit volnost návštěv. Každé dítě reaguje na hospitalizaci svým vlastním osobitým způsobem. Jako společný znak můžeme označit postupnou adaptaci na nemocniční prostředí, která probíhá u každého dítěte v několika fázích - protest, zoufalství, odpoutání se od matky. Pro zdravotnický personál je nutné, aby na tyto jednotlivé fáze dokázal správně zareagovat a pravidelně monitorovat průběh celé adaptace (Ondriová, 2010).

V souvislosti s pobytem v nemocnici může u dítěte vzniknout hospitalismus, který je označován jako „choroba z nemocnice“. Projevy hospitalismu jsou zejména psychického charakteru. Někdy se mohou projevit i změny somatické, jako je nespavost, nechutenství, hubnutí. Podpurným faktorem hospitalismu bývá ordinovaný klid na lůžku a neplánované prodlužování hospitalizace (Ondriová, 2010).

Při vzniku hospitalismu u dětí má hlavní význam ztráta bezprostřední citové vazby s rodičem, negativně působí také nemoc a její projevy, stereotypní nemocniční prostředí a nedostatek vnějších stimulů. Dítě je nápadně uzavřené, hraje si samo, případně si nehraje vůbec, nekomunikuje, odmítá navazovat kontakt s ostatními. Často se také objevují stereotypní pohyby typu cucání palce či kývavé pohyby těla. V prevenci hospitalismu u dítěte mají zásadní roli jak ošetřující sestra, tak rodiče dítěte. Sestra by měla dětskému pacientovi nabízet dostatek vzdělávacích a herních aktivit odpovídajících jeho věku. Také prostředí ošetřovatelské jednotky by mělo být simulátorem domácího prostředí, ve kterém se bude dítě cítit bezpečně. Pokud není hospitalizace rodiče s dítětem možná, měla by rodina zařídit co nejčastější přítomnost některého z blízkých členů rodiny. Výše uvedené zásady by měly vést k minimalizaci vzniku negativních důsledků hospitalizace dětského pacienta (Ondriová, 2010).

1.3 Multikulturní ošetřovatelství

V období po 2. světové válce došlo k migraci obyvatelstva, lidé začali cestovat za prací a poznáním, výrazně začal také rozvoj hospodářství a světové ekonomiky. Tyto

změny motivovaly americkou sestru Madeleine Leininger uvažovat nad potřebou zahrnout do ošetřovatelského vzdělání a praxe problematiku přístupu ke klientům z jiných kultur. Leiningerová ve svých výzkumech spojila dva pojmy „kultura“ (z antropologie) a „péče“ (z ošetřovatelství) a položila základ novému konstruktu „kulturní péče“ (Vrublová, 2011). Došlo tedy k postupnému zahrnutí multikulturního ošetřovatelství do obsahu vzdělávání sester (Líšková, 2006).

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila při setkání v Amsterdamu dokument *Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámeček*. Jedná se o soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů v členských státech EU. Na několika místech je v tomto dokumentu zdůrazněn požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Proto je důležité upozornit na fakt, že společnost v ČR již dávno není uniformní, je národnostně, etnicky i kulturně různorodou. Ošetřovatelská péče o pacienty by měla vždy vycházet z holistického přístupu, měla by být zaměřena na kvalitu a efektivitu. Tyto atributy by proto měly být naplňovány bez výjimky u každého pacienta (Ivanová, 2005).

Každé onemocnění se pojí s negativními emocemi, stresem, strachem, úzkostí a neuspokojenými potřebami. Když se k těmto tělesným a psychickým problémům přidají ještě kulturní odlišnosti, může se tento stav vystupňovat tak, že pacient se bude vyhýbat jakémukoliv kontaktu s lidmi. Proto hovoříme o sociální fobii (Líšková, 2006).

Všechny ošetřovatelské intervence by proto měly směřovat k eliminaci těchto negativ a vytvářet tak prevenci sociální fobie u ošetřovaného pacienta. Sestra pracující s pacienty jiného etnika musí mít na paměti důležitost uspokojování zejména sociálních potřeb, které v multikulturním ošetřovatelství tvoří dominantu. Ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína zahrnuje do svého metaparadigmatu čtyři komponenty, které jsou v případě multikulturní péče modifikovány následujícím způsobem:

Osoba se chápe jako holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Lidé z rozdílných kultur se liší světovým názorem, systémem hodnot, vnímáním zdraví a nemoci, způsobem péče a chápáním závislosti a nezávislosti.

Zdraví se charakterizuje jako stav pohody, kdy jedinec nebo skupina jsou schopni realizovat každodenní aktivity ve shodě se vzorci vlastní kultury.

Prostředí se definuje jako systém kulturních, sociálních, náboženských, vzdělávacích, technických, ekonomických a politických atributů, které jsou na sebe závislé.

Ošetřovatelství je vnímáno jako obor, jehož úlohou je podpora, udržení a navrácení zdraví individuálně a kulturně specifickým způsobem (Líšková, 2006).

1.3.1 Specifika ošetřovatelského procesu v multikulturním a pediatrickém ošetřovatelství

Metodou ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces, a to i v rámci transkulturního ošetřovatelství (Příloha 1). Proces je cyklický a má několik základních fází (Špirudová, 2006).

V procesu posuzování může získat sestra i lékař dostatek údajů o etnické skupině i kultuře, ze které klient pochází. Zaměřuje se zejména na poznání etnicity (Příloha 1). Čím déle jedinec žije na území ČR, tím více bylo příležitostí, kdy se mohly jeho kulturní zvyky sblížit s kulturou nové vlasti. Toto ale není pravidlem pro ženy a děti přistěhovalců, pokud žijí uvnitř své rodiny a s okolní společností mají jen minimální kontakt. Dalšími atributy, na které by se sestra při sběru dat měla zaměřit, jsou náboženské a duchovní potřeby, zejména rodný jazyk, který může mít vliv na edukaci pacienta před diagnostickými léčebnými výkony atd. (Špirudová, 2006).

Zásadní roli v této oblasti také hraje model rodiny. U kultur, které se vyznačují silnými rodinnými vazbami, musí brát sestra na zřetel zvýšenou četnost návštěv. Důležité je také zjištění, kdo v rodině rozhoduje a komu budou poskytovány informace.

Sociální, materiální a ekonomické zázemí rodiny - tyto faktory mohou ovlivňovat proces uzdravování i spolupráci nemocného dítěte a jeho okolí se zdravotníky. Jedná se zejména o to, zda je jedinec na našem území legálně či ilegálně, zda platí zdravotní pojištění. U sociálně slabých se také můžeme setkávat s tím, že pacient se snaží pomáhat rodině i v době vlastní nemoci na úkor vlastního ireverzibilního poškození zdraví. Mezi důležitá zjištění patří také stravovací návyky, sestra by měla zjistit, jaké potraviny a úpravy jídla daná víra zakazuje, jaká jídla jsou pacientova oblíbená, a to zejména v případě, že jedinec trpí onemocněním omezujícím zásadním způsobem

stravování. Mezi další informace patří, jak pacient vnímá své nově vzniklé onemocnění, zda si přeje pomoc zdravotníků, či nikoliv (Špirudová, 2006).

Ošetrovatelská diagnostika by měla být kromě problémů běžných u všech pacientů s daným typem onemocnění zaměřena i na problémy týkající se komunikace, adaptačního procesu, zvládnání traumatizujících zážitků a stravování. Mezi časté ošetrovatelské problémy můžeme zařadit: narušenou verbální komunikaci, narušenou sociální interakci, porušenou adaptaci aj. (Špirudová, 2006).

V oblasti plánování, intervencí a vyhodnocení plánu péče by se měl ošetrovatelský personál zaměřit na pravidelnou kontrolu anamnestické fáze procesu, zda došlo k posunu v oblasti adaptace, zda došlo k dostatečnému uspokojování potřeb atd. Hodnocení by nemělo být zaměřeno pouze na splnění intervencí ve vztahu k pacientovi, ale mělo by také zahrnovat hodnocení výsledků kterých dosáhl sám zdravotník - jeho osobní zpětnou vazbu. Ošetřující osoba musí umět vyhodnotit: Jak jsem komunikoval? Podařilo se mi pochopit pacientovi zvyky? Podařilo se mi vyjádřit, že je respektuji? Zním svoje vlastní hodnoty, přesvědčení a návyky? Tato možnost napomáhá personálu zdokonalovat své dovednosti, praxi a postupně eliminovat své chyby (Špirudová, 2006).

1.4 Romové v proměnnách času

Autonymum Rom je jazykově spřízněno s označením indické kasty Domů, kteří žijí v Indii dodnes (Kaleja, 2009). Existuje předpoklad, že vzhledem k tomu, že zadopatrová hláska „d“ v evropských jazycích neexistuje, změnil se pod jejich vlivem v romštině na hlásku „r“ (Prokešová, 2010).

V zemích střední Evropy jsou za Romy považováni především Romové tzv. slovenští a maďarští, kteří žijí především na území Slovenské republiky. Přesto i na území České republiky žijí Romové, kteří se na naše území přistěhovali po 2. světové válce. V obou zemích představují téměř 85% všech zde žijících Romů. Za Romy se dnes označují i tzv. Cikáni čeští a moravští, kteří představují v současnosti nejméně početnou skupinu a kteří přežily období holocaustu za 2. světové války. Nejčastějšími rodovými příjmeními jsou Růžička, Serynek, Vrba aj. (Davidová, 2010).

Zcela specifickou skupinou žijící v českých zemích a na Slovensku jsou Olašští Romové, kteří žili až do roku 1959 kočovným životem. Tato skupina se od ostatních romských skupin liší stylem života a uchováváním tradic (Davidová, 2010).

Historické poznatky o romském etniku jsou poznamenány zejména absencí vlastních psaných pramenů. Většina dostupných zdrojů pochází od majority, tudíž Romové bývají nezřídka zobrazováni negativně, stojící vně společnosti. Časté jsou zprávy zatížené předsudky, neznalostí a nepochopením (Kaleja, 2009).

Později, vlivem dalších výzkumů, byla za oblast původu Romů označena oblast dnešního státu Indie. Důvody, které vedly romské skupiny k odchodu z tohoto území, se v jednotlivých publikacích a výzkumech velmi různí. První doklady o cestě pocházejí ze 3. století našeho letopočtu. Řada autorů se shoduje, že důvodem přesunu bylo násilné vyhnání vyššími stavy tehdejší společnosti nebo expanze okolních států (Kaleja, 2009).

Před příchodem Romů do Evropy došlo při jejich migračních pohybech k mnoha zastávkám dlouhodobého i krátkodobého charakteru. Mezi tyto zastávky řadíme např. Perskou říši, Byzantskou říši nebo oblast Peloponéského ostrova. Pod vlivem různých událostí docházelo postupně k odchodu části romského obyvatelstva dále do vnitrozemí evropského kontinentu (Kaleja, 2009).

Rok 1417 je podle historiků datem velkého příchodu Romů do střední Evropy. V průběhu 15. století byly podmínky pro Romy v českých zemích příznivější než jinde, proto dochází k přílivu dalších kočovných skupin na naše území (Šotolová, 2011). V celé řadě zemí však byla pro Romy situace velmi nepříznivá. Historici uvádějí zmínky, o degradaci za nevolníky nebo otroky. Týká se to především balkánských zemí - Srbska, Bulharska a Moldavska (Prokešová, 2009).

Později se začala zhoršovat situace i v českých zemích. Byla vydávána čím dál přísnější protiromská opatření, příkazy k vyhánění Romů. Lidé v těchto dobách žili v neustálých obavách z válek, z nepřátel a na základě nepodložených pověr se obávali následně i Romů (Šotolová, 2011).

Během třicetileté války vstupovala řada Romů do vojska nebo se válečných událostí účastnili jako kováři, hudebníci, kejklíři, ale i jako zvědové a kati. Poté navazovalo období, kdy Romům nebyla věnována příliš pozornost. Až v druhé polovině

17. století byla obnovena perzekuce romských kočovníků. Typickým pro následující roky byly zejména násilná vystěhovávání Romů, a prohlašování za psance. Následkem tohoto označení mohli být muži bez obav vražděni, ženám a dětem měly být uřezány nosy a uši a jejich následné vypovězení (Šotolová, 2011).

Přes tato drastická opatření namířená proti Romům a sankce vznikající domácímu obyvatelstvu za neúčast na jejich pronásledování se Romy nepodařilo z Čech vyhnat. Podle dobových výpovědí se živilo jednorázovými pracemi u sedláků, hudbou, atd. (Šotolová, 2011).

V období vlády Marie Terezie dochází k asimilaci Romů. V rámci asimilačních snah nařídila, aby se Romové usadili ve městě nebo vesnici, zakázala používat romštinu, obchodovat s koňmi. Pouhým pokusem zůstal zákaz vzájemných sňatků mezi Romy. Nejdrastičtějším asimilačním opatřením bylo odebrání dětí rodičům. Tomuto opatření podléhaly děti od dvou do čtyř let a byly dávány na výchovu do rolnických rodin. V deseti letech měly jít do služby. Pokusy rodičů o kontakt s dětmi byly přísně trestány.

V průběhu 18. - 19. století probíhaly další formy asimilace - policejní dohled nad řádnou obživou aj. Romské rodiny přicházející z jiných zemí byly posílány zpět (Kaleja, 2009).

Druhá světová válka se stala nejkřutějším obdobím romských dějin. V roce 1935 byli Romové společně s židovským obyvatelstvem prohlášeni za občany druhé třídy. V tomto roce byla také navržena násilná sterilizace Romů, aby se zabránilo rozmnožování této rasy cikánských míšenců a sociálních psychopatů (Kaleja, 2009).

V tomto duchu pokračoval i zbytek 2. světové války - vyvražďování, separace matek od dětí, umístování do pracovních táborů atd. Poválečné období je typické integrací Romů. V roce 1952 vešel v platnost dokument „Úprava poměrů osob cikánského původu“. Byl přijat osmibodový dokument, který mimo jiné zahrnoval: zapojení do řádného pracovního poměru, výchova ostatního obyvatelstva k odstranění rasové diskriminace, zvýšený dohled nad docházkou do školy, usazení kočovných cikánů, řádná evidence cikánského obyvatelstva a likvidace negramotnosti. Později

začalo docházet k zakazování veškerých romských osad, a dalšímu stěhování romského obyvatelstva do větších měst (Kaleja , 2009).

1.4.1 Romská rodina v současnosti

Romská rodina prochází v současnosti změnami ve svém uspořádání i funkci. Tyto změny mají pozitivní i negativní důsledky na fungování celé skupiny. Tradiční romská řemesla přestala hrát v životě Romů zásadní roli (Příloha 2). Přesto i v současné době může v otázce obživy hrát rodina svou roli jako celek, například prostřednictvím rodinných firem, rodinných pracovních kolektivů či rodinných pracovních cest do zahraničí. Určitou míru oslabení zaznamenala i tradiční výchovná funkce rodiny. Vlivem povinné školní docházky je v romských rodinách, a to i sociálně vyloučených, běžná gramotnost. Pokud je brán v potaz život Romů ve velkorodinách, je třeba konstatovat, že život na městských sídlištích tento způsob života výrazně pozměnil (Davidová, 2010).

Rozšířená rodina pohromadě již nebydlí, každodenní život rodiny se sice odehrává v domácnostech, kde je znatelné několikagenerační soužití, počet členů je však oproti minulosti významně limitovaný (Davidová, 2010).

Přestože je v České republice trendem zmenšování domácností, v romské komunitě je stále tendence k sestěhovávání a navštěvování se. Tento jev také podporuje skutečnost, že mezi Romy je stále vysoká nezaměstnanost (Davidová, 2010).

Vlivem socioekonomických změn se nachází v romských rodinách stále méně dětí. Naopak se zvyšuje věk matky při narození prvního dítěte, který se pohybuje v současnosti okolo 19 let (Davidová, 2010).

Při osvojování moderních společenských norem došlo také ke zlepšení postavení ženy v současné romské rodině. Mužská pozice má stále silné základy, ale neznamená to nezástupnost rolí. Žena v případě nepřítomnosti muže (když je v práci, ve vězení, apod.) přebírá roli živitelky. V případě úmrtí otce a nevyzrálости synů se matka může stát hlavou celé široké rodiny (Davidová, 2010).

Na romskou rodinu stále více působí současné trendy a vzorce chování, které její roli oslabují (Davidová, 2010).

Oslabování role rozšířené rodiny má pozitivní i negativní efekty. Charakter rodiny se přibližuje majoritní společnosti. Romská rodina stále více využívá instituce, které jim nabízí majoritní společnost. Majoritní společnost však disponuje nejen prospěšnými institucemi, ale také těmi negativními. Vedle škol, školek, nízkoprahových center, zdravotnických zařízení, jsou tu též instituce půjčující finanční obnosy na vysoký úrok, herny, drogové mafie a další (Davidová, 2010).

Současné oslabení velkorodinného společenství má negativní dopad na komunikaci majoritní skupiny s romských etnikem, protože je složité najít jednoho „mluvčího“ za celou romskou minoritu. Tato změna se projevuje i v rodinné solidaritě. Již jen zřídka je zaznamenáváno pro Romy typické pomáhání starší generace v péči o děti mladých romských rodičů. Tuto funkci v současné době nahradily kojenecké ústavy a dětské domovy, do kterých jsou děti proti vůli svých rodičů umisťovány (Davidová, 2010).

Velkou změnou si prošlo i postavení romských dětí a mládeže. V současnosti nejsou na romské děti kladeny téměř žádné požadavky ze strany starších generací. Tato skutečnost souvisí s celkovým přístupem rodiny k dětem, která sice vždy hlásala volnost a lásku k dětem, časem však toto vymezení začalo přesahovat i bariéry povinností a posléze i úcty ke starším členům rodiny ze strany dětí (Davidová, 2010).

U mladistvých se stále častěji stává obživou prostituce, gamblerství, krádeže. Následkem toho se dostává do popředí přísloví: „Kdo platí – rozkazuje“. Mladí chlapi se tedy staví do role hlavy rodiny, a tím se hroubí staletími zaběhnutá hierarchie romské rodiny (Davidová, 2010).

Závěrem lze tedy poukázat na vytrácení pozitivních romských charakteristik, které tvořily po staletí romskou identitu. Dominantu v současné době tvoří negativní vlastnosti, které získali v blízké, či vzdálené minulosti (Štrbová, 2006).

1.4.2 Romské náboženství a kultura

V oblasti duchovní kultury Romů byla a je jedním z nejtradičnějších a nejvíce se odlišujících projevů oblast lidového náboženství, pověr a magických praktik. V důsledku životních změn se stává v určitých romských skupinách tato skutečnost již značně omezenou, přesto v určitých skupinách na Slovensku zůstává stále živou.

Matričně se od 50. let Romové začali hlásit a stále hlásí vždy k církvi, která v prostředí převažuje. Většina vždy příslušela k církvi římskokatolické, menšinu tvoří pravoslavní, a vyznavači dalších církví a sekt. Zajímavým jevem je častá příslušnost Romů ke katolické církvi. Současné výzkumy tento jev přisuzují vnější okáزالosti a honosným obřadům katolické církve. Jedním z faktorů, kvůli kterým se Romové v minulosti k oficiálním náboženstvím hlásili, byla snaha platit za řádné občany v silně nábožensky založeném prostředí. Hlavním důvodem však byla okolnost, že Romové se k víře uchýlovali ze strachu před smrtí a nerůznějšími přírodními úkazy, které si nedovedli vysvětlit. Posledním důvodem byla jejich tradiční víra, která již v nich nebyla v té době tak pevně zakotvena a nedávala jim dostačující odpověď a vysvětlení (Davidová, 2004).

Středem romské kultury, zejména té tradiční, je sociální organizace. Pro romské společenství je tedy typická absence individualismu - jedinec je součástí rodiny. Dále absence soukromí, kde je rozpoznatelný výrazný kolektivismus. Pochopit kdo jsem „já“ znamená pro příslušníka romské minority znát své postavení v rodině, popř. tuto pozici nalézt v průběhu života (Jakoubek, 2009).

V oblasti kultury tvoří dominantu hudba, tanec a výtvarné umění. Není dodnes zcela jasné, zda hudební nadání Romů je vrozené, nebo vypěstované vlivem podmínek, které toto etnikum v průběhu staletí ovlivňovaly. Hudba je proto stále brána jako prvek sebeidentifikace tohoto etnika. Dodnes slouží jako prostředek k upevňování etnické hrdosti (Bakalář, 2004).

Základními charakteristikami romské hudby je zejména odraz osobitého způsobu života a její nepřenositelnost. Romské hudbě se nedá naučit, ani za předpokladu teoretické přípravy a hudebního vzdělání. V neposlední řadě se zde vyskytuje také silná vazba mezi posluchačem a interpretem, často při zpívání může docházet k výměně rolí. Tanec bývá stejně jako hudba, prostředkem ke sdělení emocí a radosti z lidského bytí, bývá doplněn barevným ošacením zúčastněných (Jakoubek, 2009).

Stravování tradiční romské společnosti je charakteristické neplánovaností. Vařilo se, když byl momentálně hlad nebo jednou denně (nejčastěji masa a polévky). Jídelníček byl často jednotvárný a chudý, u dětí se kompenzoval dlouhodobým kojením.

Potravinu se připravovaly vařením, popřípadě pečením v ohništi obalené mazlavou hlínou (Elichová, 2004).

Základními surovinami bylo maso, mouka, sádlo, brambory, zelí, kukuřice, další zelenina a sůl. Cukr se používal jen zřídka. Nejčastějším pokrmem byly vodové polévky skládající se jen z vařené zeleniny, masa a brambor. Pokud se jedlo maso, podávalo se bez příloh. Zvláště oblíbené bylo maso vepřové a to ve všech možných úpravách, včetně syrového stavu. Nejznámější tradiční jídla romské kuchyně jsou golubci (plněné zelné listy mletým masem), slavnostní jídlo goja (plněná střeva bramborami a masem), halušky s masem, zelím, tvarohem nebo slaninou, fazole a pišot (pečivo, které se peklo jen o svátcích a slavnostních příležitostech) (Elichová, 2004).

1.5 Specifika ošetřování dětského romského pacienta

Představa laické veřejnosti, že svět romského dítěte je totožný se světem českých dětí, je v mnoha ohledech mylná. Romové se stále setkávají spíše mezi svými, proto bývají představy majoritní skupiny o romské menšině značně zkreslené. V romské rodině není dítě vedeno k plnění úkolů, vytrvalosti a stálosti, zejména pokud se jedná o nepříjemné úkoly, u kterých je třeba vyvinout větší úsilí. Děti jsou součástí dospělého světa již od útlého věku, jsou spoluřešiteli důležitých rozhodnutí, často mohou zastávat roli jednoho z rodičů (Meisnerová, 2010).

Pro Romy jsou děti symbolem štěstí a bohatství. Romská rodina miluje své dítě natolik silně, že je k němu naprosto nekritická. Základem výchovy romských matek tedy je, aby jejich děti byly zdravé, veselé a najedené (Prokešová, 2010).

Při rozhovorech bývají pro dospělé rovnocennými partnery, což může na pouhého přihlížejícího působit jako nevychovanost. Ošetřující sestra proto musí brát v úvahu tuto skutečnost a situaci se nesnažit kritizovat a slovně hodnotit. Takovéto jednání by mohlo mít negativní dopad na zapojení rodičů do poskytované péče. Romská rodina má jasnou hierarchii, která nebývá porušována. Na druhou stranu slovo každého, i malého dítěte, má stejnou váhu (Meisnerová, 2010).

K hovorovým tabu u Romů nepatří sex, drogy nebo vězení. Tuto skutečnost může ošetřující sestra využít v navázání pozitivního kontaktu. Ukázat si to můžeme na jednoduchém příkladu - v komunikaci s majoritním dítětem a jeho rodinou musí sestra velmi opatrně volit výrazy a slova, zejména pokud se bude rozhovor týkat choulostivé problematiky např. pohlavní nemoci u mladistvého, péče o intimní hygienu u dívek, atd. Naopak u romského etnika můžeme vycházet z předpokladu, že tato témata jsou běžně probírána, tudíž můžeme komunikovat mnohem otevřeněji. Výsledkem takové komunikace je potom adekvátně poučený dětský pacient o svém onemocnění (Meisnerová, 2010).

Na rozdíl od běžné výchovy nejsou Romské děti vychovávány k „odložení libého“. Tato dovednost je u každého jedince základem kázně a sebekázně. Jazyková výchova je velmi odlišná od té české. Romská matka mluví s ostatními členy rodiny v místnosti, na dítě promluví jen tehdy, pokud po ní něco žádá. Matka má se svým dítětem velice pevnou vazbu, vedle tělesného kontaktu je zde velké množství empatie a telepatie. Zná mimiku svého dítěte do největších detailů, a proto jeho mluvený projev nekoriguje (Meisnerová, 2010).

Velkým problémem při ošetřování romských dětí může být na jedné straně jejich nedůvěra k „bílým institucím“, která je v nich zakořeněna a dále prohlubována rodinou. Důležitým faktorem při poskytování péče je navázat spolupráci s rodiči. Pokud sestra usiluje o angažovanost rodičů v péči o dítě, musí podniknout několik prvních vstřícných kroků. Nikdy nesmí očekávat iniciativu ze strany rodiny (Meisnerová, 2010).

Při přijímání dětského pacienta na ošetřovací jednotku, by sestra měla volit pokoj na kterém romské dítě nebude samo. Toto doporučení vyplývá z faktu, že většina romských dětí sdílí dětský pokoj mnohdy se dvěma i více sourozenci a jsou zvyklé na velké množství rodinných příslušníků ve své blízkosti. V případě umístění na samostatný pokoj se proto dítě může cítit sklíčeně, osamoceně. Což může ovlivnit celý léčebný proces malého pacienta (Meisnerová, 2010).

1.5.1 Psychické charakteristiky romského dítěte

Hospitalizace klade na život dítěte novou, zcela nepoznanou životní zkušenost, která do jisté míry ovlivňuje i jeho další vývoj. Každý zdravotnický pracovník by měl proto být vzdělaný v oblasti vývojové psychologie, a zdravotnické psychologie. Vědomosti z těchto oborů musí být následně schopen aplikovat do poskytované péče, sledovat projevy maladaptace, hospitalismu a regrese u dětského pacienta. Psychika romských dětí je v mnoha ohledech odlišná od dítěte z majority, proto by vědomosti měly být doplněny o rovinu multikulturní. Výsledkem může být včasné rozpoznání maladaptivního chování u dítěte a následné intervence, které předejdou možnému hospitalismu (Horňák, 2010).

Pozornost romských dětí bývá velmi omezena, a to zejména v situacích, kdy jsou kladeny na dítě větší nároky, úmyslná pozornost bývá omezená. (Horňák, 2010) Proto by zdravotnický pracovník měl tuto skutečnost v edukačním i ošetřovatelském procesu brát na vědomí (Horňák, 2010).

V případech, že se romské dítě nachází samo v cizím prostředí zdravotnického zařízení, navíc je ovlivňováno dyskomfortem, popř. bolestí, bude jeho pozornost velmi omezená. Tudíž pravidlem by mělo být postupné vysvětlování formou hry, s dostatečně podnětným prostředím. Pro každé dítě, tedy i romské je velkou oporou přítomnost matky. Výhodou romských dětí bývá, že se dokáží bez přítomnosti matky po určitý omezený čas obejít. V souvislosti s pozorností je velmi změněno také myšlení a emoce. Myšlení bývá u romských dětí nápadně infantilně emotivní. Nejdůležitější motivací je bezprostřední požitky a nějaký hmotný cíl. Jejich velkou doménou bývá schopnost řešení praktických situací v souvislosti s uspokojením aktuálních potřeb svých nebo své rodiny. Naopak cokoliv je mimo rámec osobní užitečnosti, je pro romské dítě těžko pochopitelné. Proto je nutné vždy uvádět mnoho praktických příkladů jak vědomost v praktickém životě využít (Horňák, 2010).

V oblasti volní má většina romských dětí nedostatky, protože vyrůstá pod slabším vlivem rodičovské autority. Romské děti většinou nejsou vytrvalé ani trpělivé. Oslabená vůle se projevuje nerozhodností, nepozorností, nesamostatností a nedostatečným nebo téměř nulovým „chtěním“. Jakmile má dítě odpovídat na otázky samo bez nápovědy,

je zmatené. Většinou bývá trestáno za něco, za co je doma chváleno (společné rozhodování), a chváleno za něco, co by se doma nelíbilo (samostatnost). Během hospitalizace může být tento jev jeden z negativně působících faktorů na dítě. Obecně je romské etnikum typické svým intenzivním prožíváním a velmi vyhrocenými emocemi. Emoce jsou charakteristické snadnou vzrušivostí a impulzivitou. Na hospitalizaci často romské děti reagují velmi ambivaletně bývají labilní, bojácné nebo naopak agresivní a výbušné (Horňák, 2010).

Hrubá motorika romských dětí bývá vzhledem k věku přirozeně vyvinutá, což vyplývá z dostatku přirozeného pohybu. Na druhé straně úroveň jemné motoriky je často velmi nízká. Manipulace téměř se všemi předměty bývá problematická. Pro sestru je znalost tohoto faktu důležitá při fyzikálním posouzení i sběru anamnestických dat. Romské dítě předškolního, i raného školního věku mívá často problémy s uchopením lžičky, používáním příboru, zavazováním tkaniček, zapínáním knoflíků. To vše bývá přisuzováno nenacvičováním těchto činností. Rodiče romských dětí většinou nepovažují nácvičení těchto činností za důležitý (Horňák, 2010).

1.5.2 Herní aktivity

Romské děti jsou celkově hravé, temperamentní a hlučné (Pasternáková, 2006). Svůj volný čas často tráví se svými sourozenci a kamarády, především na dětských hřištích nebo kdekoli venku. Rodiče přitom jen minimální měrou zasahují do trávení volného času svých dětí. Následkem toho mají děti více příležitostí setkat se s sociálně patologickými jevy. V případě organizované zábavy společně s rodiči se jedná o sledování televize, návštěvu příbuzných nebo povídání si. V případě výběru jakékoliv herní aktivity je důležité brát v úvahu velmi sporadickou znalost českého jazyka a to zejména u dětí batolecního a předškolního věku (Elichová, Drmotová, 2010).

Schopnost čtení bývá ještě v prvních letech povinné školní docházky velmi omezená, proto při výběru her jako jsou „kufr“ nebo „slovní fotbal“ může být romské dítě znevýhodněné. Vhodné je v případě výběru těchto her vytvořit skupiny, které dají prostor soutěživosti, živosti – tedy vlastnostem, které jsou pro romské děti tak typické. Dostatečná motivace by měla platit při organizaci jakékoliv dětské zábavy. U dětí

romského etnika je motivace jediným hnacím motorem pro vykonání dané činnosti. Je důležité dětem stanovit cíle krátkodobé, měřitelné, dosažitelné, s jasnou a reálnou odměnou (Ševčíková, 2003).

1.5.3 Komunikace s romským dítětem a jeho rodinou

Romové mají neuvěřitelnou schopnost poznat člověka pouhou intuicí. Při jakékoliv komunikaci zpracovávají více než 95 % neverbálních informací. Dokáží přečíst podtext téměř každé věty. Říká-li zdravotník „*Já vám pomůžu.*“, a myslí to neupřímně, Rom to okamžitě vycítí. Jejich schopnost empatie je v jednání s druhými mnohem vyšší než u majoritního etnika (Ivanová, 2005).

V případě komunikace s romským dětským pacientem je třeba brát v úvahu uvedené psychické charakteristiky. Pro sestru by mělo být základním cílem získat si důvěru romského dítěte, tato skutečnost hraje důležitou roli v dalším poskytování péče. Romské děti se mnohem snáze motivují k daným činnostem oproti majoritnímu dítěti, zejména pokud je jim slíbena materiální odměna. Velkou překážkou může být pozměněný význam slov nebo přímo jejich absence v romském jazyce. Např. pojmy jako lidé, rodina - v češtině tím chápeme pouze nukleární rodinu, pro Roma toto označení znamená celou rodinu v její šíři. V tradiční slovní zásobě nemá své opodstatnění slovo kamarád, je to někdo, kdo je blízký, kdo pomůže je-li na blízku - to je však pro romskou komunitu naprostou přirozeností, tudíž pro ni nemá toto slovo žádný význam (Prokešová, 2010).

Důležitým faktorem je navázání pozitivní spolupráce, pohlížet na dítě individuálně. Všechny pojmy prakticky vysvětlovat, vyvarovat se abstraktních výrazů, nedávat dlouhodobé cíle - jen krátkodobé. Pro Romy, jakož osoby žijící přítomným okamžikem, nemají tyto cíle žádný význam. Mají velmi znavitelný charakter, tudíž je nutné často měnit činnosti, nabízet dostatečné množství aktivit, které dovoluje zdravotní stav dítěte. Jak již bylo mnohokrát zmíněno, rodina hraje v životě romského jedince nezastupitelnou roli. Při navazování komunikace to musí být ona, kdo udělá první vstřícné kroky. Tyto kroky jsou předpokladem pro pozitivní komunikaci v další spolupráci. Důležité je zjistit, s kým navazovat první kontakt a komu primárně

poskytovat informace. Zpravidla to bývá otec rodiny, pokud není s jakýchkoliv důvodů přítomen bývá mluvčím matka nebo nejstarší syn. Rodiče komunikaci budou udržovat v tom případě, že budou s poskytovanými zdravotními službami subjektivně spokojeni (Kaleja, 2011).

Bude-li zdravotnický personál příliš tlačit a využívat příliš sloves typu: *musíte; teď byste měli*, setká se s negativní reakcí a omezením komunikace. Proto je velmi důležité užívat vhodná slova a jednoduché věty o malém obsahu informací (Kaleja, 2011).

V případě dětí v batolecím období, se stává běžným standardem hospitalizace dítěte s matkou. U romských matek se s tímto fenoménem nemusíme příliš setkávat. Matka má již z historického hlediska důležitou roli v obživě rodiny a péči o manžela. Proto může i přes nemoc dítěte považovat za důležitější svou přítomnost doma u rodiny. Zdravotnický pracovník by se měl vyvarovat subjektivního hodnocení takového jednání (Kaleja, 2011).

1.5.4 *Vnímání zdraví a nemoci*

V prostředí romské komunity stále přetrvávají specifika, která ovlivňují postoje a reakce na situaci nemoci a vztah ke zdravotnickým zařízením. Jde zejména o nízké povědomí o hodnocení významu prevence v oblasti zdraví, nevyhovující stravovací návyky, aj. (Maryšková, 2010).

Každé dítě z majority má strach z neznámého prostředí, bojí se odloučení od matky a má strach z bolesti, která mu může být způsobena ze strany zdravotnického personálu. Tyto charakteristiky nejsou v případě romských dětí tolik výrazné, protože jsou zvyklé na časté změny prostředí a spoustu nových tváří. Tato skutečnost se obrací v dospělosti, kdy Rom nabude negativních zkušeností s majoritní společností (Maryšková, 2010).

Pokud je s těmito informacemi nakládáno ve prospěch pozitivní spolupráce, mohou někdy posílit důvěryhodnost i úsilí poskytovatelů zdravotní péče. Pokud jsou naopak ignorovány, mohou se stát potencionálním zdrojem konfliktů (Maryšková, 2010).

Velké procento Romů si zdraví představuje pouze jako absenci choroby a nemoc jako fenomén neschopnosti, nemohoucnosti. Romové vnímají roli zdravotnického pracovníka často jako někoho, kdo problém vytvořil tím, že na něj upozornil (Maryšková, 2010).

V případě dětských pacientů by měla zásadní roli hrát prevence, která nebývá často dodržována. Romské matky často nedbají na pravidelné očkování a preventivní prohlídky svých dětí. Vyplývá to z faktu, že pro romskou matku je důležité, že její dítě je veselé a nemá starosti, ostatní je druhořadé. Bohužel jsou onemocnění dětského věku, která se v prvních fázích nemusejí projevovat bolestivými příznaky. Tudíž rodiče přicházejí do zdravotnického zařízení v pokročilé fázi onemocnění, u kterého je již nutná hospitalizace a to i u onemocnění, u kterých by při včasné diagnostice nebyla hospitalizace nutná (Maryšková, 2010).

Pro Romy je typické také dodržování léčebného režimu pouze do vymizení bolestivých příznaků. V momentě, kdy tyto obtíže vymizí, přestávají dbát doporučení zdravotníků, přestávají s užíváním léků. V případě dětí jsou pro sestru partnerem v oblasti edukace o dodržování léčebného režimu a užívání léků rodiče. V případě romských dětí, kdy nedochází k dodržování a sledování důležitosti léčebného režimu ani u rodičů, se stává spolupráce značně problematickou. Je důležité soustavně zdůrazňovat a opakovat rodině i dítěti (přiměřeně jeho věku), jaké dopady nedodržování těchto zásad může mít na zdraví (Maryšková, 2010).

Mezi faktory, kterými jsou romské děti ohroženy patří vyšší výskyt infekčních chorob, zejména žloutenky typu B a C. V případě těchto chorob byl pozorován přenos z matky na dítě, nedostatečné očkování a všeobecně neadekvátní využívání zdravotních programů pro děti, zejména v oblastech s nízkou socioekonomickou úrovní. Dále také nedostatečné stravovací a vyživovací návyky u dětí - současná romská rodina do své tradiční kuchyně, která v minulosti obsahovala pestrou škálu zeleniny, luštěnin a masa, implementovala i tučná a nezdravá jídla. V jídelníčku romského dítěte tedy nechybí limonády, množství sladkostí, bílé pečivo, uzeniny, smažená jídla, což ovlivňuje zdraví chrupu (Maryšková, 2010).

Dalším častým úkazem, vedoucím k hospitalizaci, je také vyšší výskyt nehod a úrazů jako jsou popáleniny, pády, zlomeniny, intoxikace, atd. (Maryšková, 2010).

1.5.5 Utrpení a smrt v romské kultuře

Pro Romy je typický nízký práh bolesti. Prožívají velký strach z bolesti a smrti, a to i v případech, že jejich zdravotní stav není vážný. Tato charakteristika se nedá přisoudit romskému dítěti, jelikož reakce dětí na bolest bývá stejná bez ohledu na kulturní příslušnost (Ivanová, 2005).

Po smrti blízké osoby, před jejím pohřbem dělají většinou i v současnosti tzv. vartování mrtvého, kdy se na den a noc, ve vyklizené místnosti s otevřenou rakví mrtvého, sejde široká rodina a přátelé. V případě úmrtí dětského příslušníka rodiny se postupuje v podobném duchu. Většinou si den a noc vyprávějí a zpívají. Nemají ale plakat, protože věří, že mrtvý ještě je svým způsobem s nimi a že ho musí obveselovat. Do rakve mu dávají jeho oblíbené předměty, které měl za života rád. V případě dětí se jedná o hračky, plyšová zvířata, panenky (Davidová, 2002).

Tradiční je pohřbívání mrtvých do země za katolických nebo pravoslavných obřadů. Hluboce věří, že zesnulý jsou dále s nimi, takže kupř. o Vánocích prostírají talíř i pro své zesnulé, navštěvují pravidelně jejich hroby, stále na ně vzpomínají. Za rok po smrti či pohřbu svých zemřelých členů rodiny, dělají mnozí Romové ještě dodnes oslavu u hrobu, kdy se scházejí u jeho hrobu a připíjejí na jeho počest a uctívají památku zesnulého (Davidová, 2002).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u hospitalizovaného romského dítěte.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak se liší ošetrovatelská péče u hospitalizovaného romského dítěte oproti dítěti z majority ?
2. Jaká existují specifika komunikace s rodinou romského dítěte?
3. Jak se liší přístup ošetrovatelského personálu ve vykonávaných ošetrovatelských intervencích u romského dítěte?

3 METODIKA

3.1 *Použitá metoda*

Sběr dat byl realizován formou kvalitativního výzkumného šetření. Metodou šetření byl polostandardizovaný rozhovor se sestrami pracujícími s romskými dětmi na lůžkových odděleních. Rozhovor byl rozdělen do oblastí: obecné pojetí multikulturního ošetrovatelství, romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka, romské dítě jako hospitalizovaný pacient a komunikace s romským pacientem (Příloha 3).

Rozhovor probíhal na dětském oddělení v oddělené místnosti, vždy s každou sestrou zvlášť. Rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou. Sestry dotazované při rozhovorech a pečující v daný den o skupinu pacientů byly také pozorovány při vykonávání ošetrovatelských intervencí, komunikaci s dítětem a jeho rodinou. Nedílnou součástí bylo zjistit, zda sestry aplikují kulturní specifika do poskytované péče. Pozorování bylo zaměřené na přístup sester při vykonávání ošetrovatelských intervencí a specifík v chování romského dítěte, oproti dítěti z majority. Dětské pacienty byli pozorováni během každodenních aktivit, při ošetrovatelských výkonech a během kontaktu se spolupacienty a ošetrovatelským personálem. Pozorovací arch (Příloha 4) byl rozdělen do oblastí: specifika v poskytování ošetrovatelské péče a romské dítě jako pacient.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumným souborem byly sestry pracující s romskými dětmi na dětských lůžkových odděleních. Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 7 sester, s různým stupněm vzdělání: dětské sestry se středoškolským vzděláním, všeobecné sestry se středoškolským vzděláním a s bakalářským vzděláním. Tyto sestry byly vybrány kvůli své přítomnosti na stanici během probíhajícího šetření.

Dalším výzkumným souborem byly romské děti hospitalizované na dětském lůžkovém oddělení. Metody skrytého pozorování se zúčastnilo 5 dětí ve věku od 5 do 7 let. Tito pacienti byli vybráni díky své hospitalizaci během provádění výzkumu.

4 VÝSLEDKY

4.1 *Rozhovory se sestrami pracujícími na dětských lůžkových odděleních*

Rozhovor se sestrou 1

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

Po ukončení střední zdravotnické školy oboru Dětská sestra v roce 1986 jsem pracovala pět let na novorozeneckém oddělení, po mateřské dovolené jsem pak přešla na dětské oddělení, stanici větších dětí, kde pracuji dodnes. V současnosti studuji atestační studium intenzivní péče v pediatrii. S multikulturním ošetřovatelstvím jsem se začala setkávat až v současné době v rámci atestačního vzdělávání, na SZŠ jsme tomuto tématu vůbec nevěnovali pozornost, přitom musím říci, že podle mého názoru je to v současné době velmi důležitá oblast. Osobně myslím, že náplň multikulturního ošetřovatelství by měla spočívat v poskytování péče, která se bude přibližovat kultuře pacienta. Pacient se tím bude cítit jako doma. Na našem oddělení se často setkáváme s dětmi z romské a vietnamské minority. Osobně si myslím, že přístup k těmto dětem se nijak neliší od dětí majoritního etnika, vzhledem k tomu, že žijí na našem území, měli by se zvládat přizpůsobit zvyklostem naší země.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Častým názorem většiny majoritního etnika je, že Romové jsou zbyteční, protěžovaní a mají spousty výhod oproti majoritnímu etniku a nechtějí se přizpůsobovat našim zvyklostem. Přitom žijí na našem území, tudíž by se měli přizpůsobovat oni nám, ne my jim. Romské etnikum nás podle mého názoru vnímá jako někoho, kdo je stále omezuje ve svých zvycích a chce je pořád měnit a vyvolává vůči nim nenávisť. Na našem oddělení míváme velmi často dětského Romského pacienta, ale je to velmi nepravděelné. Někdy tu máme čtyři romské děti najednou a pak zase celý měsíc téměř nikoho. Sestra by měla zvolit podle mého názoru asertivní přístup hned z počátku, aby měla u dítěte alespoň minimální autoritu. Ošetřování je náročnější, protože sestra je nastavena na chování dítěte z majority, a není zvyklá na odlišnost v mentalitě. Velmi často jsou u nás Romské děti hospitalizované s neurčitou bolestí břicha a nově

vzniklých astmatem. Ve většině případů se jedná o děti ve věku od 6 do 12 let, často bez doprovodu rodičů, ale pravidelně je navštěvují, zejména matky a sourozenci.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Reakce dětí na odloučení od rodiny není nijak negativní. Děti jsou většinou chvilku smutné, ale většinou nepláčou, velmi rychle se aklimatizují na nové prostředí a plně postačí zabavení pomocí hraček k odpoutání pozornosti od nepřítomnosti rodičů. Myslím si, že přítomnost matky nemá valný význam pro psychiku dítěte. Romské děti jsou často hodně fixované na svou matku, ale její nepřítomnost během hospitalizace nahradí přítomností spolupacientů, jsou velmi družní a kamarádští. Mezi psychické projevy romského dítěte patří hlučnost, nevychovanost - často tykají lékařům i některým sestřím, čím mladší lékař, tím k nim mají méně respektu. Ale abych řekla něco také pozitivního, tak jsou velmi vstřícní a je s nimi často velká legrace. Občas pozoruji diskriminaci ze strany spolupacientů, ale jen slovního charakteru, že např. v zápalu hry řeknou, že je „cikán“, což se snažíme v dětech nepodporovat, a vysvětlit, že takhle se nikomu neříká. Každá sestra by měla mít na paměti, že romské dítě, i když se trochu jinak chová, tak je to pořád jen dítě, takže by se měla chovat úplně stejně jako k dítěti z majoritního etnika. Každý výkon vysvětlit, jak bude probíhat, dítě utěšit a vždy mít pochopení.

Komunikace a rodina

Komunikaci romského etnika bych charakterizovala jako velmi živou, hlučnou a s velmi živou gestikulací. Velmi často jen díky tomu neumím s tímto etnikem komunikovat, protože jsem velmi nejistá z toho, jak pořád křičí. Při návštěvách matek a sourozenců bývá velmi živo, občas dost narušují návštěvy u spolupacientů dítěte, takže je potřeba rodiny často umírnit. Zejména sourozenci hospitalizovaného dítěte si často hrají s hračkami určenými pro děti nemocné nebo jim je dokonce berou. Bohužel ani rodiče si často neuvědomují, že je to nevhodné a dítě nepokárají. V komunikaci a poskytování informací s romským dítětem a jeho rodinou by sestra měla opět dodržovat zásady určené pro všechny děti hospitalizované na dětském oddělení. Rozdíl

vidím v tom, že informace by měla sdělovat více „po lopatě“, protože vzdělanost romského etnika je komplexně nižší, tudíž spouště věcem nerozumí a jsou hned ze všeho vyděšení. Nejčastějším prostředníkem pro komunikaci pro mě jako sestru je většinou matka, pokud je přítomen otec (což bývá zřídka) tak je to on, ale většinou matka. Dotazy směřují na kohokoliv, koho považují za zdravotnický personál, ale rozhodující slovo má pro ně vždy lékař a mým slovům většinou nevěří a mají tendenci si je u lékaře ověřovat, v případě nějakých nejasností či zmatků jsou schopni záležitost řešit až u ředitele nemocnice. Myslím, že pro mě jako pro sestru komunikace s romskou menšinou žádnou výhodu nemá, naopak to pro mě znamená více psychického vypětí.

S romským dítětem bývá také většinou horší domluva, tím že neuznávají autority, všem tykají a jsou rozjívené. Těžko se jim něco vysvětluje a hlavně v předškolním věku neumějí pořádně česky, tudíž s nimi bývá o to horší domluva. Romské děti si nejčastěji hrají velmi živě a nekoordinovaně, mají hodně energie, ale jsou velmi přelétavé a každá hračka je baví pouze chvíli. Nejvíce je lákají drahé hračky spolupacientů jako např. notebooky, tablety atd.

Rozhovor se sestrou 2

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

V roce 1975 jsem ukončila studium na střední zdravotnické škole, poté jsem nastoupila na interní oddělení, kde jsem vydržela až do mateřské dovolené a následně jsem nastoupila na ORL. Posledních 7 let pracuji na dětském oddělení, stanici větších dětí. Multikulturní ošetřovatelství je pro mě španělskou vesnicí, na zdrávce jsme tuhle část ošetřovatelství vůbec nebrali. Na naší stanici jsou velmi často hospitalizované děti z romské, ukrajinské a vietnamské minority. Samozřejmě vzhledem k tomu, že děti nerozumí mnohdy pořádně česky, tak je ošetřování o to náročnější. Nemyslím si, že by takové dítě mělo mít nějakou extra péči, snažím se ke všem dětem chovat stejně.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Podle mého názoru veřejnost romské etnikum nenávidí, hlavně kvůli jeho povaze a neschopnosti přizpůsobit se. Naopak Romové nás musí vnímat jako někoho, kdo je pořád do něčeho nutí a neustále by někoho svazoval nějakými pravidly a komandováním. S romskými dětmi se setkávám dost často. Někdy máme na stanici dvě děti, někdy zase ani jedno, je to takové nepravidelné. Ošetřovat takové dítě je dost náročné, osobně si myslím, že nikdo není schopen poskytnout takovou péči, aby jim to vyhovovalo po všech stránkách, myslím že toho české zdravotnictví není schopno. Jsou prostě úplně jinou mentalitou, která se nám velmi těžko chápe. Na naší stanici jsem ještě nezažila hospitalizované romské dítě s matkou, většinou mají doma ještě další děti o které se musí starat, tudíž si to nemohou dovolit. Nejčastější obtíže nemohu přesně říct, je to od každého trochu, možná mírně převažují respirační onemocnění.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Romské dítě nemá žádnou významnou reakci na hospitalizaci, změnu bere s nadhledem, nic neřeší. Úzkostlivě reaguje na ošetřovatelské výkony, jinak v souvislosti s odloučením reaguje naprosto v normě. Pozitivní vliv přítomnost matky určitě nemá, myslím, že je to romskému dítěti v podstatě jedno. Romské dítě je nevychované, hlučné, rozjívěné, nekontrolovatelné. Velmi často nereaguje na napomínání. Pokud je hospitalizováno z důvodu onemocnění, jehož příznakem není bolest, je nemožné ho udržet na lůžku. Romské děti dobře navazují kamarádské vztahy jak z personálem, tak i se spolupacienty. Jsou otevřené ke všem dětem, bez problémů jim půjčují na hraní své věci, ale zároveň si často přisvojují hračky ostatních dětí. Diskriminaci ze strany spolupacientů jsem párkrát zažila, ovšem je slovního rázu, a spíše skrytě, když romské dítě nebylo přítomno. Zdravotnický pracovník by měl zvolit více kategorický přístup než k dítěti majority. Pevně stanovit mantinely, protože pokud se tak nestane, začnou vám „skákat po hlavě“. Při ošetřovatelských výkonech být empatický, chovat se stejně jako u dítěte majoritního.

Komunikace a rodina

Romské etnikum komunikuje velmi hlučně a výrazně pohybuje rukama. Všechny svoje emoce dávají velmi živě najevo, oproti majoritní společnosti. V rámci hospitalizace velmi často dítě navštěvuje matka nebo starší sourozenci. Pokud je přítomen mladší sourozenec, rád si přivlastňuje hračky ostatních dětí nebo si hraje s hračkami určenými pro všechny děti na oddělení. Ještě jsem nezažila, aby se matka sama od sebe přišla zeptat na zdravotní stav nebo se nějak podílela na ošetřovatelské péči. Je pravdou, že když už shledají nějaké podezření „něco se jim nezdá“, tak chtějí mluvit minimálně s přednostou, rozhodně se nespokojí s ošetřujícím lékařem, nebo dokonce se sestrou. Když už potřebuji s někým hovořit z rodiny, tak nejčastěji mluvím s matkou. V komunikaci romského dítěte oproti majoritnímu dítěti vidím zásadní rozdíl. Nemá takovou slovní zásobu a vyskytuje se u něj celá řada vad řeči. Romské dítě si dělá, v podstatě co chce a není zvyklé, že ho někdo okřikne nebo mu radí, co má dělat. Navíc neuznává žádné autority, většinou ani lékařům nevyká, považuje tykání za úplně normální. V komunikaci s rodiči bývá překážkou v komunikaci nižší inteligence rodičů a nezájem o informace. Oproti tomu majoritní dítě, i když je nevychované, tak respektuje autority a respektuje určitý režim. Obecně se prostě dá zvládnout, romské dítě se zvládnout nedá. Z mého pohledu komunikace z romskou rodinou nepřináší žádné výhody, naopak spoustu starostí. Romské dítě vyhledává podobné aktivity jako majoritní dítě. Možná je více zatížené na moderní techniku, hodně se zajímá o moderní mobily, notebooky svých spolupacientů. Romské děti si hrají živelně - všechno je baví chvíli a neuznávají pravidla.

Rozhovor se sestrou 3

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

Střední zdravotnickou školu jsem ukončila v roce 1997, poté jsem nastoupila na stomatochirurgické oddělení. Po čase jsem si uvědomila, že mě práce již netěší a nechci se stát jen další vyhořelou sestrou. Proto jsem se před sedmi lety rozhodla jít pracovat na dětské oddělení, když se uvolnilo místo na stanici větších dětí měla jsem velkou radost. O multikulturním ošetřovatelství jsem již ledacos slyšela, ale nikdo jsme se

o tom ve škole neučili. Vím, že kolegyně, co studují vysoké školy, o tom občas mluví, ale přesně nevím, k čemu je tento obor důležitý pro mě jako pro sestru. Určitě se to týká menšin na našem území jako jsou právě ti Romové, ale blíže nevím. Nejvíce se setkávám na oddělení s romskými dětmi, sem tam se objeví i jiné menšiny, ale tato je nejvíce zastoupenou, si myslím. Myslím si, že ošetrovatelské úkony by se měly vykonávat u všech menšin stejně, bez ohledu na barvu pleti. Bohužel musím říci, že to tak většinou není, spousta sester jedná s Romy s předsudky a nesnášenlivostí, což se podepisuje na poskytované péči.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Myslím si, že většinová společnost nahlíží na romské etnikum ve špatném světle, vidí jen obírání poctivých lidí o sociální dávky a neustálé násilné konflikty. Naopak romská menšina na nás nahlíží, podle mého názoru jako na upjaté jedince, kteří si neumí užívat život a jen dodržují nějaká pravidla. S romským dítětem se setkávám poměrně často. Přístup by se nejspíše nějak lišit měl. Zejména nesnižovat romské dítě před dítětem z majority a vyvarovat se rasistických poznámek. Dítě romské by naopak nemělo být protěžované jen proto, že má každý strach z toho, že může být osočen z diskriminace. Proto si myslím, že by mělo být všeho s mírou. Myslím si, že ošetřování je náročnější zejména kvůli tomu, že děti předškolního věku neumějí příliš česky, takže je s nimi horší komunikace. Naopak je pravdou, že se rychleji přizpůsobí novému prostředí. Nedokážu říci, jaké konkrétní obtíže romské děti nejčastěji přivádí do nemocnice, je to různé, hodně onemocnění GIT, a pak také nemoci dýchacích cest, jako třeba astma. Nejčastěji jsou romské děti hospitalizovány bez matky.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Reakce dítěte na odloučení během hospitalizace nebývá moc výrazná. Párkrát se nám také stalo, že reakce byla plačtivá, bouřlivá. Stává se to ale pouze u dětí matek, které doma nemají již žádného dalšího potomka. Myslím si, že u děti z majoritní společnosti má přítomnost matky vždy pozitivní vliv na průběh léčby a psychiku dítěte. V případě romských dětí toto zcela neplatí. Romské děti se často obejdou i bez matčiny

přítomnosti. Projevy bych charakterizovala jako hlučné, neukázněné a živé. Jsou velmi neukázněné, nerespektují, co řekneme, nějaké příkazy pro ně nic neznamenají. Dokážou být ale velmi přátelské, když mají někoho rády, dají to plně najevo. Diskriminaci ze strany spolupacientů romského dítěte jsem nikdy nepozorovala, spíše ze strany rodičů spolupacientů. Ti občas mají divné poznámky a opovrhující pohledy. Zdravotnický pracovník by měl dbát, aby se romské dítě necítilo nijak znevýhodněné, chovat se přirozeně při vykonávání všech ošetrovatelských intervencí.

Romské etnikum a rodina

Komunikaci bych charakterizovala jako hlučnou a vulgární. Ne vždy úplně vědí, co říkají a často se baví hrubě s lidmi, se kterými jim to vůbec nepřísluší se takhle nevhodně bavit. Nejčastěji chodí matka, návštěvy jsou ale velmi krátké. Oproti matkám dětí majoritního etnika, které dokážou prosedět celý den u dítěte (pokud to jde), romské matky jen zkontrolují jestli je všechno v pořádku a zase odejdou. Rodiče zpravidla nejeví zájem o žádné informace. Dokáží se rozčilovat nad tím, že jejich dítě nedostalo k obědu oblíbené jídlo, ale ne nad zásadními informacemi třeba o pooperačním režimu, nad tím se vůbec nepozastavují. V případě stížností požadují nejlépe ředitele nemocnice. Romské dítě má většinou velmi omezenou komunikaci oproti dítěti z majoritního etnika a to hlavně kvůli nedostatečné slovní zásobě. Proto se mi často stává, že dítěti špatně rozumím, když po mně něco žádá. Romské děti nejvíce zajímají moderní hry, bohužel u každé vydrží pouze chvíli. Proto je mi občas líto naší paní vychovatelky, která má většinou velkou práci romské děti nějak zabavit.

Rozhovor se sestrou 4

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetrovatelství

Po ukončení SZŠ jsem pracovala na kožním oddělení, následně na traumatologii, až jsem začala před osmi lety pracovat na větších dětech, kde pracuji dodnes. V současné době studuji třetí ročník bakalářského studia ošetrovatelství. S multikulturním ošetrovatelstvím jsem se začala setkávat až v rámci přednášek na VŠ, do té doby jsem vůbec netušila, o co se jedná. Podle mého názoru má multikulturní ošetrovatelství své

místo v praxi. Na každém oddělení by si měly být sestry vědomy specifik daného etnika. Myslím si, že v tomto směru je na tom nejhůře právě pediatrické ošetřovatelství, kde jsou znalosti sester v péči v případě jiných národností téměř nulové. S ošetřováním dítěte jiného etnika se setkáváme poměrně často. Myslím si, že nejčastější je romské etnikum a hned za ním ukrajinské. Myslím si, že ošetřovatelské intervence jsou jinak vykonávané u dětí z minorit oproti dětem z majority, bohužel v negativním slova smyslu. Sestry přistupují k ošetřování jakéhokoliv etnika s nedůvěrou, a to rozhodně není dobré. I sama u sebe si toto uvědomuji.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Myslím si, že laická veřejnost Romy nemůže vystát a odmítá jakkoliv pochopit jejich individualitu. Podobně to vidí i Romové, dívají se na nás jako na rasisty, kteří nedokážou přijmout někoho odlišného. S romským dítětem se setkávám u nás na stanici poměrně často, ale je to velmi různé, někdy několik najednou a někdy zase nějakou dobu žádné romské dítě nemáme. Myslím si, že zdravotnický pracovník by se měl snažit romské dítě co nejlépe pochopit a poznat jeho rodinu. Pokud pozná jeho rodinu, dokáže si spousta věcí v chování dítěte vysvětlit. Myslím si, že ošetřování romského dítěte je určitě náročnější. Sestra musí dítě pochopit, brát v potaz pozměněnou potřebu oproti majoritnímu dítěti, což se sestrám většinou nechce, nebo si tuto skutečnost nechtějí připustit. Na naší stanici jsou děti hospitalizované téměř ve většině případů bez matky. Obtíže, kvůli kterým často přicházejí, patří nejčastěji bolesti břicha, hlavy a dýchací obtíže.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Reakce dítěte na odloučení od rodiny je velmi mírná. Bez větších problémů se s mamkou rozloučí a rychle se zapojuje do dětského kolektivu na oddělení. Myslím si, že přítomnost matky nemá na psychiku romského dítěte pozitivní vliv. Dítě je zvyklé trávit čas se sourozenci, tudíž pro něj hospitalizace bez matky neznamena traumatický zážitek. Mezi psychické vlastnosti romského dítěte patří spontánnost, živost, nevychovanost.

Podle mého názoru je velmi jednoduché odsoudit člověka za to, jaký je. Myslím, že všichni máme své dobré i špatné vlastnosti. Bohužel někdo má těch negativních více, jiný méně. Já se snažím vidět hlavně ty dobré. Romské děti jsou velmi kamarádké, rádi se zapojují do skupinových her a kamarádí se téměř se všemi dětmi na oddělení. Diskriminaci jsem nikdy ze strany spolupacientů dítěte nezaznamenala. Myslím si, že zdravotnický pracovník by se měl chovat empaticky, ale zároveň si zachovat jistou dávku asertivity. V případě, že si zdravotnický pracovník nevybuduje jistý odstup, mají romské děti tendenci zneužít dobré vůle.

Komunikace a rodina

Romové mají velkou tendenci k hlučnosti, nadávkám a spontánnosti. Na tyto projevy ale majoritní společnost není zvyklá. V této skutečnosti vzniká střet majority s romským etnikem. Nejčastěji dítě navštěvuje matka společně se sourozenci hospitalizovaného dítěte, návštěva bývá velmi hlučná. Někdy se stává, že sestra musí rodinu napomínat a upozornit, že jsou tu také jiné děti, které potřebují odpočívat. Rodiče nejeví příliš zájem o informace týkající se péče o dítě, pouze v případě těžkého onemocnění. Za těchto okolností jsou schopni kontaktovat co možná nejvyšší autoritu v rámci pracovní hierarchie v nemocnici. V případě, že sestra poskytuje informace romské rodině, musí zvolit, co možná nejjednodušší formu a vyvarovat se latinských názvů. Důležité je několikrát fakta opakovat a dotazovat se, zda tématu skutečně dobře porozuměli. Neshledávám v komunikaci žádné výhody, naopak spoustu nevýhod, které kladou na sestru velké komunikační a osobnostní požadavky. Komunikace s romským dítětem bývá mnohem náročnější. Často nám děti nemusí rozumět, nebudou chápat naše pokyny a budou neukázněné. Celkové porozumění po stránce kulturní i komunikační je složité. Proto je pro sestru komunikace s dítětem majoritního etnika o tolik jednodušší. Romské děti jsou velmi živé a soutěživé, proto naše paní vychovatelka využívá skupinové hry, kde tyto vlastnosti uplatní. Jinak rády hrají hry na počítači a koukají na televizi. Nejčastějším prostředníkem v komunikaci je pro mě matka.

Rozhovor se sestrou 5

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetrovatelství

Vystudovala jsem obor dětská sestra na SZŠ a od roku 1995 pracuji na dětském oddělení. Na praxi již během studia mě nejvíce zajímala péči o děti v kojeneckém a batolecím věku, proto jsem si vybrala práci na stanici malých dětí. Multikulturní ošetrovatelství mi nic moc neříká, vím že se to týká poskytování ošetrovatelské péče cizincům. Nedokážu si představit, jakým způsobem se dá multikultura naaplikovat do ošetrovatelské péče. S ošetrováním romského dítěte se setkávám poslední dobou velmi často. Bohužel mladé romské matky neumějí pečovat o své děti, tudíž často končí na našem oddělení. Většinou kvůli banálním věcem. Péče romskému etniku je bohužel poskytována jinak, je to cítit hlavně v té komunikaci, kdy sestry hovoří s matkami velmi nedůvěřivě a s despektem.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Myslím, si že většinová společnost vnímá romské etnikum jako někoho, kdo se není schopen za žádných okolností přizpůsobit majoritní společnosti a dodržovat nějaká pravidla. Naopak Romové nás musí vnímat jako někoho, kdo omezuje druhého na svobodě, protože jsme to my, kdo je donutil žít tímto pro ně nepřirozeným způsobem. Myslím si, že rozdíl v ošetrování tam jistý je, musíme více dbát na vysvětlování daných výkonů a spolupracovat s matkou. Pečovat o romské dítě má i své výhody, tím, že je zvyklé ve svém okolí na spousty příbuzenstva, nereaguje na mou přítomnost brekem. Lépe si tedy získám jeho spolupráci. Myslím si, že ošetrování dítěte romského etnika je náročnější, zejména v oblasti spolupráce s matkou dítěte. Nejčastěji jsou děti hospitalizované bez matky. Důvodem bývají další děti, o které musí doma pečovat. Výjimku tvoří matky prvorodičky. Bohužel s nimi bývá složitější spolupráce, protože jim bývá kolem 16 let. Nejčastějšími obtížemi u romských dětí hospitalizovaných na našem oddělení je dušnost. Maminky svá miminka neumějí odsát, takže miminka jsou hodně dušná.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Reakce dítěte na odloučení je téměř nijaká. Děti jsou zvyklé na to, že se střídají v náručí spouště tet a strýčků, takže jim nepřijde nijak zvláštní, že jsou v cizím prostředí bez matky. Přítomnost matky má vždy pozitivní vliv na dítě, výhodou toho romského je, že se dokáže bez přítomnosti matky bez problémů obejít. Romské děti jsou většinou velmi živé, hravé a je s nimi dobrá spolupráce. Diskriminaci ze strany dětí majoritních jsem nikdy ve svém profesním životě nepozorovala. Myslím, že zdravotník by se měl chovat vždy profesionálně. U romských matek i dětí je důležité navázat nějakou pozitivní spolupráci, ale umět být asertivní. Přijde mi, že jakmile Romům člověk příliš mnoho dovolí, tak si pak dělají, co chtějí.

Komunikace a rodina

Romové mají velmi živou konverzaci. Výrazně gestikulují rukama. Nikdy u nich nepoznám, jestli se hádají nebo mluví normálně. Nejvíce dítě navštěvuje matka. Občas se setkávám, že dítě navštěvuje také otec, i když s tím se setkávám zejména v případě, že rodiče doma žádné jiné děti nemají. Návštěvy probíhají většinou nijak odlišně od ostatních dětí. Jen v případě, že dítěti přijdou navštívit sourozenci, tak je pak na oddělení velmi živo, ale to znám i v případě návštěvy sourozenců u dětí majoritního etnika. Matky ze zásady nejeví zájem o poskytování informací ani spolupráci na péči o dítě. Většinou čekají, že my jsme tu od toho, abychom se o dítě postarali. Sestra by při poskytování informací měla dbát na srozumitelnost a opakování. Neužívat vůbec odborné termíny, protože matky jim nerozumí. Romští rodiče se příliš po informacích nepídí, v případě že ano, vyžadují mluvit ze zásady jen s lékařem, nejlépe s primářem. Myslím si, že celkově kontakt s romskou menšinou je pro sestru velkou zátěží a klade na ni velké břemeno. Žádné výhody v komunikaci nevidím. Romské děti jdou do všech činností po hlavě, rádi kreslí, hrají si. Bohužel u všech činností vydrží jen chvíli. Nejvíce je zajímaví hračky ostatních dětí. Romské dítě zejména předškolního věku umí velmi málo česky, je s ním tudíž špatná domluva. Nevládají základní úkony sebezpečí. Často se pomočují, nevládají zavázat tkaničky. Nerozumí základním pokynům. Oproti

tomu děti z majority v předškolním věku tyto činnosti bez problémů zvládají. Nejčastěji komunikují s matkou.

Rozhovor se sestrou 6

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

SZŠ jsem dokončila v roce 1996, poté jsem šla pracovat na dětskou chirurgii. Následně si dodělala kvalifikaci dětské sestry a začala pracovat na stanici malých dětí. Multikulturní ošetřovatelství se týká poskytování ošetřovatelské péče různým národnostním skupinám. Osobně nejsem příznivcem těchto teoretických věd a myslím si, že nemají příliš praktického využití. S ošetřováním romského dítěte se setkávám velmi často. Vedle romských dětí jsou taky často hospitalizované děti ruské a ukrajinské národnosti. Podle mého názoru sestry přistupují ke každému dítěti individuálně, bez ohledu na jakoukoliv náboženskou a etnickou příslušnost.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Romské etnikum je, podle mého názoru, stále nesrovnané se svým postavením ve společnosti a nechce se ztotožnit s naší společností, což je problém, který nejde překonat. Romové podle mého názoru, naši společnost vnímají jako někoho s kým bohužel musejí nějak vycházet. Podle mě by se přístup sestry neměl příliš lišit, spíše brát v úvahu konkrétního dětského pacienta a jeho potíže. Nicméně péče o romské dítě je náročnější, protože vyrostlo v úplně jiné kultuře než my. Tudíž je těžké pochopit jeho mentalitu. Dětské pacienty romského etnika nejčastěji přicházejí s obtížemi dýchacího ústrojí, např.: dušnosti, bronchitidy a astmata. S hospitalizací matky s romským dítětem jsem se setkala za svou praxi pouze třikrát, většinou se jedná o mladé matky.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Děti reagují na odloučení od matky během hospitalizace velmi klidně. Někdy si chvíli popláčou, ale většinou se spokojí se sestřičkami. Podle mého názoru má přítomnost matky pozitivní dopad na psychiku každého dítěte, romské dítě bez té přítomnosti dokáže nějakou dobu vydržet. Každé dítě ale matku potřebuje, takže

zásadní je, aby nebylo bez matky příliš dlouhou dobu. Děti bývají velmi upřímné, živé a možná trochu neukázněné. Nepřijde mi ale, že by to bylo nějak výraznější oproti ostatním dětem, tento zlom přijde až ve starším věku. Kdy to, co nám u malých romských dětí přijde jako roztomilé, je pak už protivné. Diskriminaci ze strany spolupacientů ani personálu jsme nikdy nepozorovala, v dětském věku jsou děti ještě takové nekritické k takovým skutečnostem, jako je barva pleti. Zdravotník by měl být empatický, nevyvolávat zbytečně konflikty, zejména při jednání s rodiči dítěte.

Komunikace a rodina

Romové jsou typičtí svojí velmi živou konverzací, nejvíce se mi na nich líbí, že řeknou, co si myslí, to bych řekla, že je jedna z jejich velkých předností. Nejčastěji dítě navštěvuje matka, popř. nejstarší sourozenci. Návštěvy probíhají velmi živě, moc rádi se překřikují a sdělují si své zážitky. Když přijdou sourozenci romského dítěte, stává se, že je máme takřka u stropu. Takže občas musíme zasáhnout. Rodiče většinou nejeví zájem o jakékoliv informace. Spíše personál je nutí, že je nutné aby nějaké ty informace měli. Pokud už chtějí s někým mluvit, bývá to zpravidla s lékařem. Sestra by měla vždy informace poskytovat postupně, po troškách. Důležité je brát ohled na vzdělání matky a tomu také formu podání informací přizpůsobit. Myslím si, že konverzace s romskou rodinou přináší ošetřující sestře spíše těžkosti než nějaké výhody. Komunikace romského dítěte bývá velmi omezená. Tím, že nenavštěvují školku a špatně hovoří česky vážně jakákoliv komunikace. Nerozumí většinou slovům, která sestra říká, a působí tím dojmem, že jsou nevychované. Romské děti jsou velmi živé a přátelské, navazují bez problémů kontakt se spolupacienty. Rády se účastní všech herních aktivit na oddělení, bohužel mají velmi krátkou pozornost. Také si občas všímám, že nezvládají prohru ve hře, a dokážou svůj neúspěch dát velmi silně najevo. Oproti dítěti z majority, které je ze své rodiny naučené prohrávat.

Rozhovor se sestrou 7

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

Střední zdravotnickou školu jsem ukončila v roce 2004, poté jsem pokračovala v bakalářském studiu ošetřovatelství, momentálně pracuji dva roky na stanici malých dětí, což byl můj sen již od zdravky. Multikulturní ošetřovatelství se zaměřuje na poskytování kulturně uzpůsobené péči pacientovi jiného etnika nebo náboženství. Osobně si myslím, že tato péče v ČR tímto způsobem poskytována není, zejména v pediatrii většina sester tento rozměr péče vůbec nezná. S ošetřováním dítěte jiného etnika se v současnosti setkávám stále častěji, je to také tím, že pracuji ve velkoměstě. Výkony si myslím, že jsou jinak vykonávané, sestry často promítají svůj osobní názor na tuto menšinu do svého profesního života.

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

Myslím si, že majorita vnímá romskou menšinu jako někoho, kdo tu překáží a nechce se přizpůsobit většině. Naopak minorita nás podle mě vnímá jako někoho, kdo je pořád svázaný nějakými pravidly a nemá nic jiného na práci než omezovat druhé. S hospitalizovaným romským dítětem se setkávám celkem často, stále přicházejí maminky s nemocnými dětmi, většinou se však z toho vyklube jakási banalita. Ošetřování romského dítěte je každopádně velmi náročné, pro sestru je hrozně těžké získat důvěru rodičů. Myslím si, že získat důvěru dítěte není příliš těžké, jelikož romské děti jsou velmi otevřené a zvyklé na nové tváře. Sestra by se měla snažit získat důvěru, nevyvolávat konflikt mezi svou osobou a rodiči dítěte. Romské děti jsou většinou hospitalizovány bez matky. Za poslední dva roky jsem zažila tři matky hospitalizované s dítětem, jednalo se o matky náctileté, které nemají doma žádného dalšího potomka. Romské děti nejčastěji přicházejí s dušností, maminky je neumějí odsávat.

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

Reakce romského dítěte na odloučení od matky nebývá nikterak bouřlivá, i když je pravdou, že jsem zažila u jednoho z hospitalizovaných velmi silnou reakci, což si myslím, že bývá neobvyklé. Myslím si, že přítomnost matky pozitivní vliv určitě má,

jako v případě každého dítěte. Psychické projevy bych charakterizovala jako veselost, soutěživost, hravost, přátelskost a nedostatek vůle k vykonávání činností. Romské děti jsou velmi kamarádké, naváží kontakt s kýmkoliv ze spolupacientů. Diskriminaci ze strany spolupacientů dítěte jsem nikdy nepozorovala. Zdravotnický pracovník by se měl chovat empaticky, přátelsky a bez předsudků.

Komunikace a rodina

Komunikaci romského etnika lze charakterizovat jako velmi výraznou, upřímnou, řeknou hned, co si myslí. Tato skutečnost jim bývá spíše na škodu než k užitku. Dítě navštěvuje nejčastěji matka, pouze v případě že je matka hospitalizována společně s dítětem, navštěvuje dítě také otec. Rodiče jeví zájem o informace zřídka kdy, většinou se jen ptají, kdy dítě pustíme domů. Mají také strach z různých invazivních vstupů, proto se často ptají: „Proč to má?“ atd. Sestra by si měla důkladně rozmyslet rozsah poskytování informací, nezahltit rodiče a vysvětlovat stručně a jasně. Myslím si, že výhody v poskytování informací sestra určitě nemá. Myslím si, že poskytnutí informací romští rodiče očekávají od lékaře, taky jeho přítomnost u dítěte často vyhledávají a dožadují se jí. Komunikaci romského dítěte je možno charakterizovat nedostatečnými vyjadřovacími schopnostmi, často se stává, že mu spolupacienti špatně rozumí. Děti také často neuznávají a nechápou vykání, proto tedy všem bez rozdílu na věk a postavení tykají. Romské děti se dokážou zapojit do jakékoliv hry, aktivně vyhledávají zábavu, jsou nadšené z hraček spolupacientů a často si je přivlastňují. Nejvýznamnějším prostředníkem pro komunikaci je pro mě matka nebo otec dítěte.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Schéma 1 Odlišnost ve vykonávání ošetrovatelských postupů u romského dítěte oproti dítěti z majority

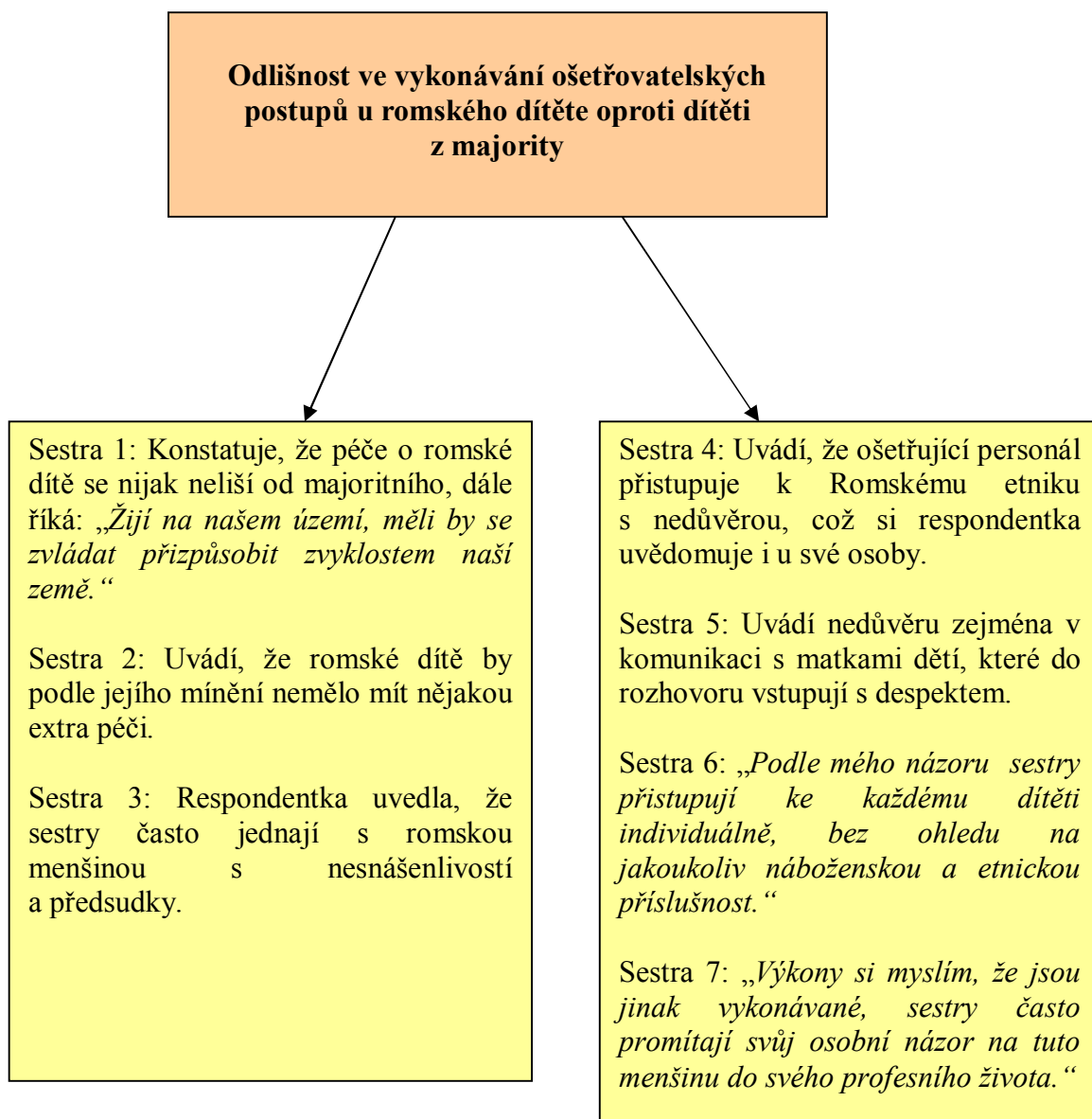


Schéma 2 Význam přítomnosti matky na psychiku romského dítěte

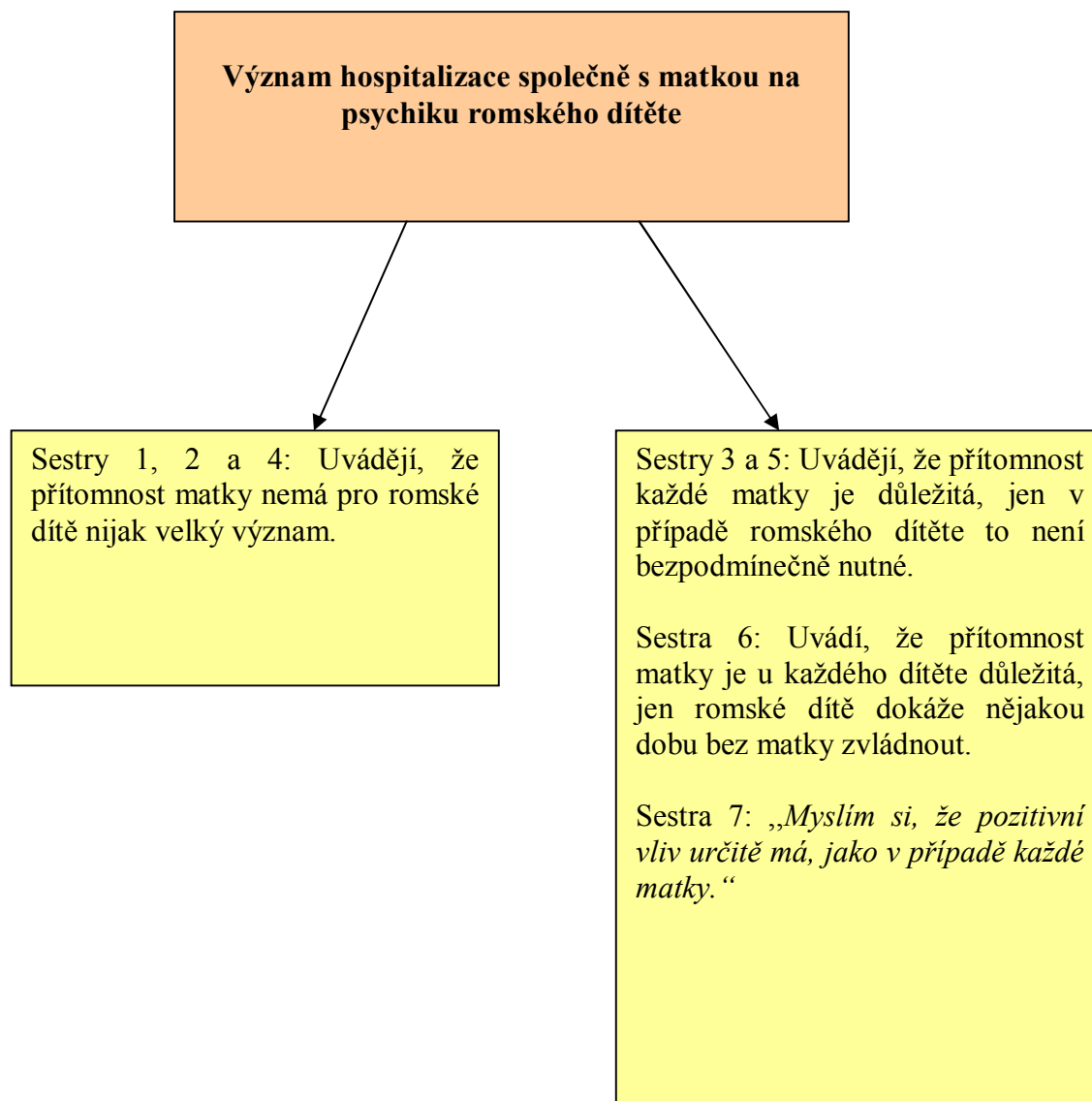


Schéma 3 Psychické charakteristiky romského dítěte

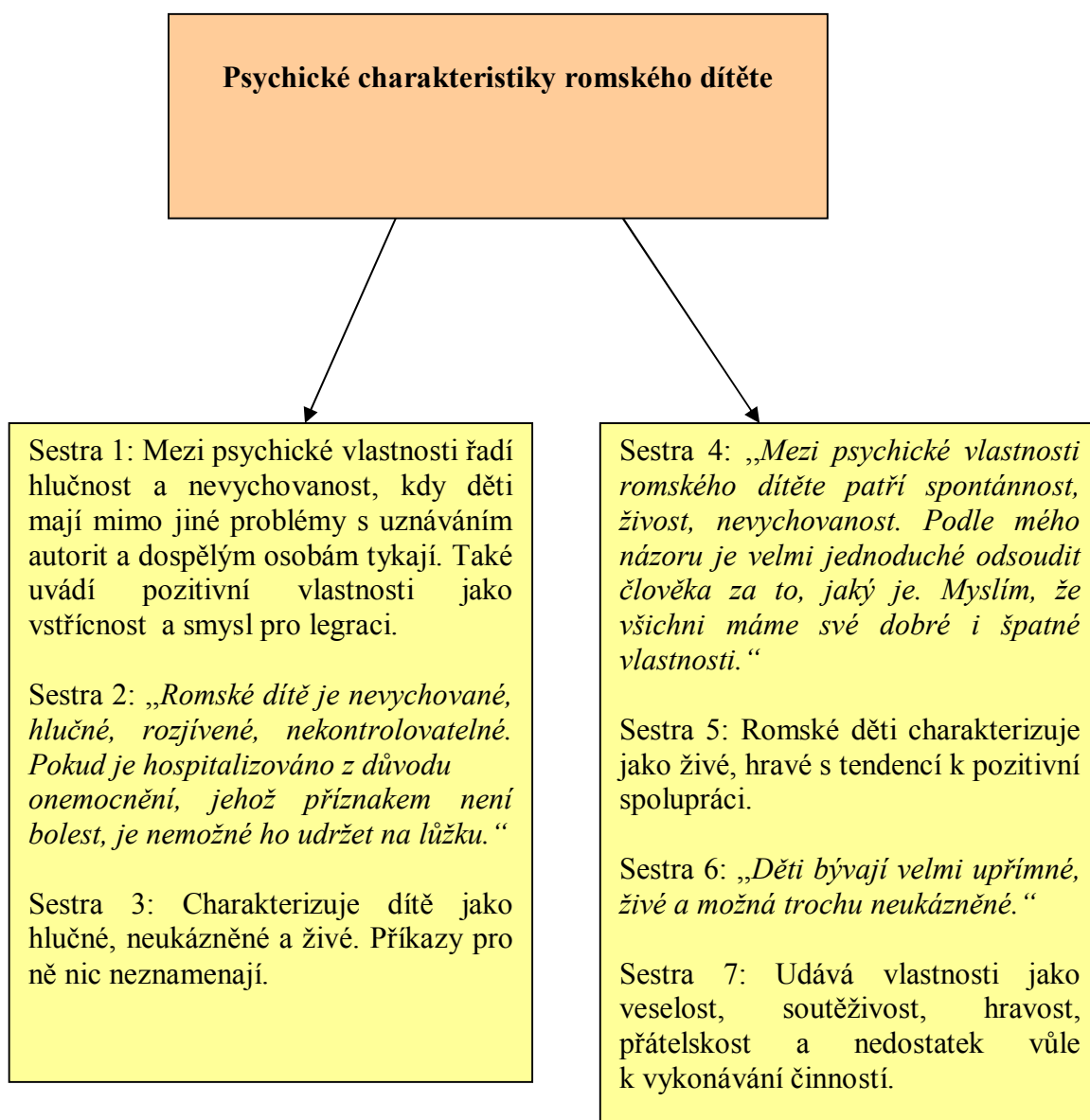


Schéma 4 Chování zdravotnického pracovníka při vykonávání intervencí u romského dítěte

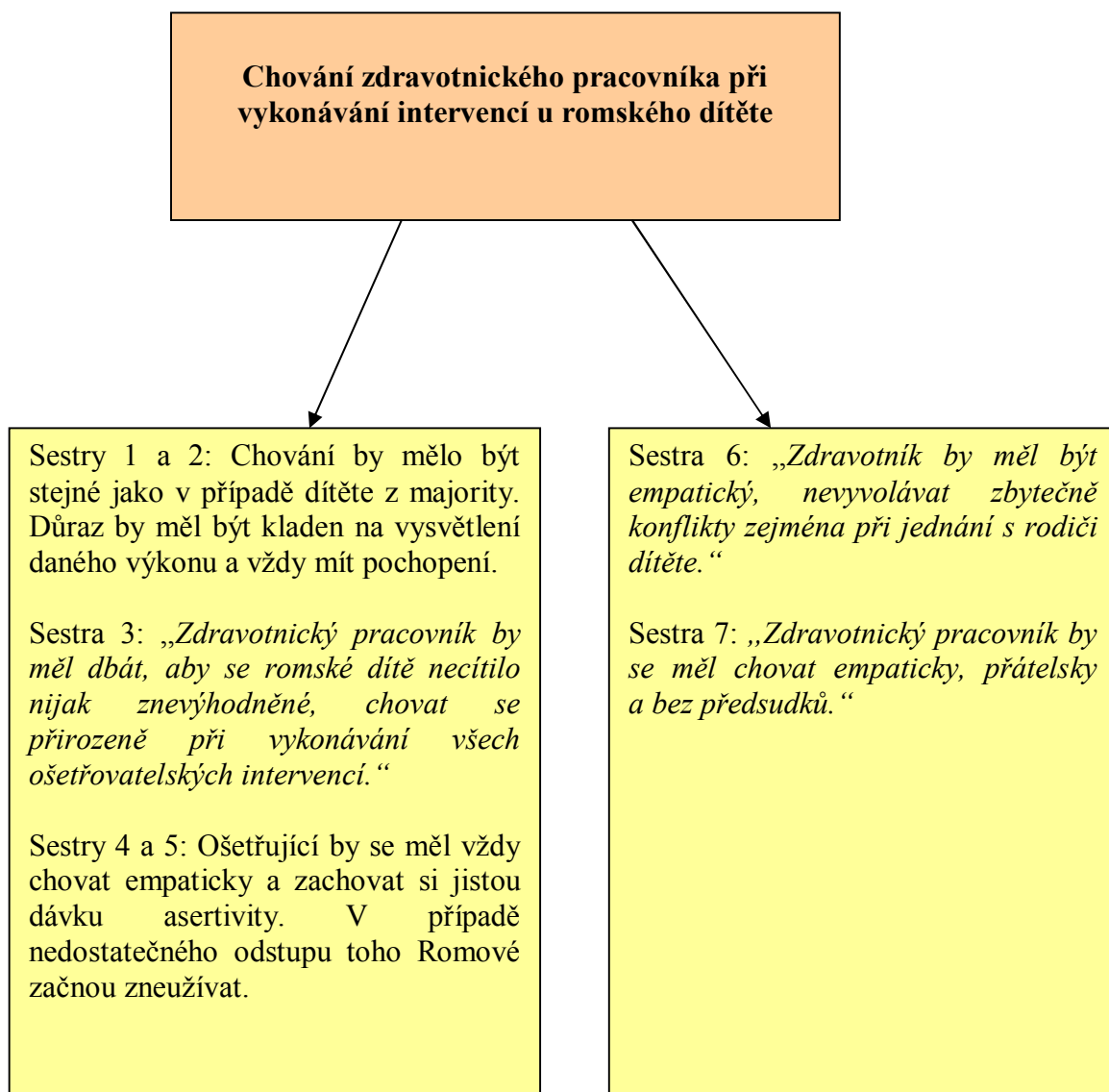


Schéma 5 Postup v případě sdělování informací a edukace rodiny a dětského romského pacienta

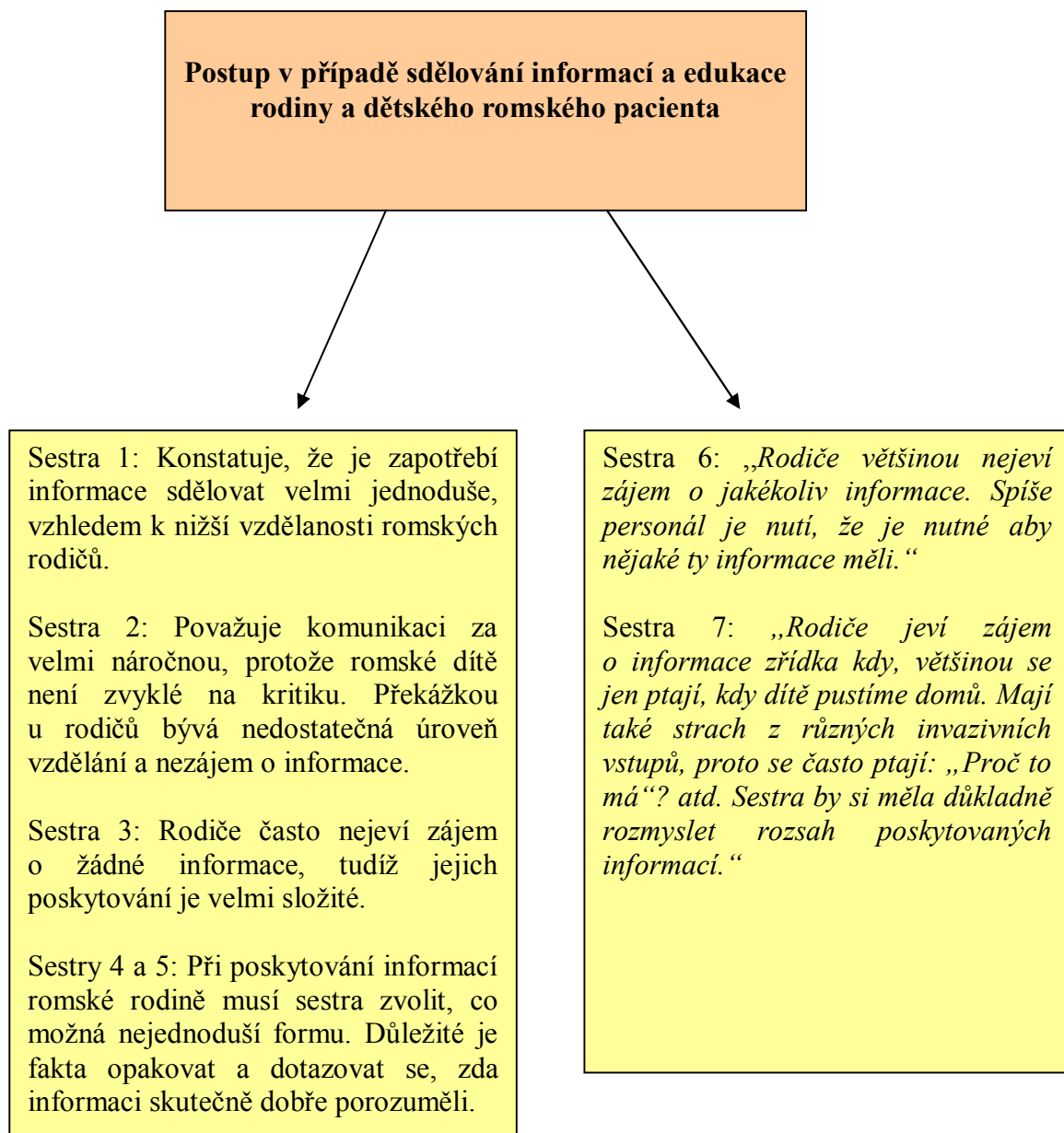
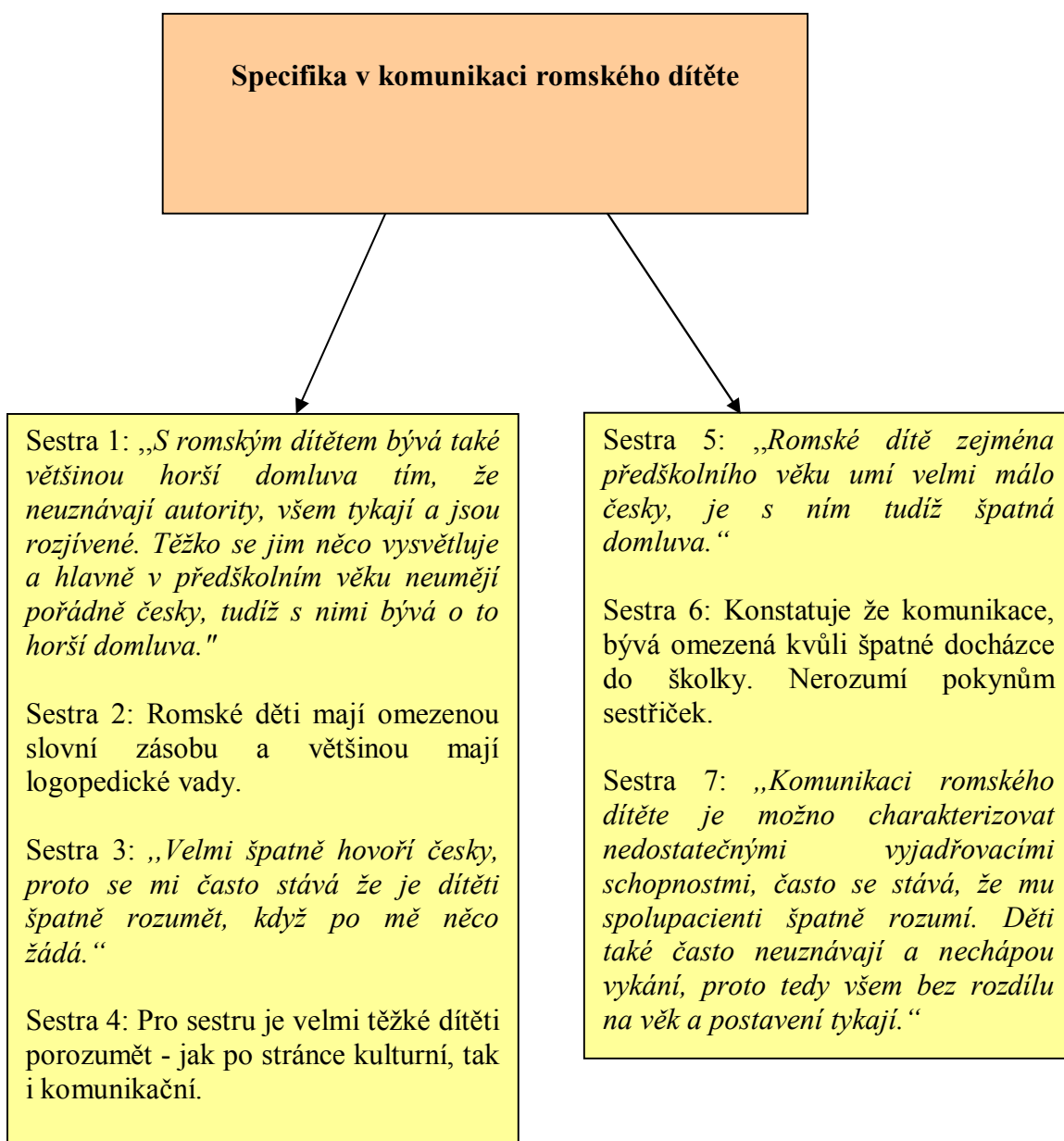


Schéma 6 Specifika v komunikaci romského dítěte



4.3 Pozorování

Druhá část výzkumného šetření byla realizována formou skrytého zúčastněného pozorování na dětském lůžkovém oddělení. Výzkumného šetření se zúčastnily sestry, kterým byl pro daný den svěřen do skupinové péče romský pacient. Byly pozorovány při ošetrovatelských intervencích, komunikaci s romským dítětem a jeho rodinou.

V druhé části pozorování byly pozorovanými subjekty romské děti ve věku od 5 do 7 let, chlapci i dívky. Byly pozorovány v každodenních činnostech na oddělení, při vykonávaných ošetrovatelských intervencích se zaměřením na sebeobslužné činnosti a motorickou úroveň.

Tabulka 1 Pozorování specifik v poskytování ošetrovatelské péče

OBLASTI POZOROVÁNÍ	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Aplikace kulturních specifik do poskytované péče	Ano	Ne	Ano	Ne	Ne
Přístup sestry ve vykonávání ošetrovatelských intervencí	Sestra jednala empaticky a trpělivě	Sestra projevovала předsudky při vykonávání intervencí	Sestra jednala s trpělivostí a podala dítěti informace adekvátní jeho věku	Sestra s pacientem téměř nekomunikovala, nevysvětlila výkon, nereagovala na pacientovi pocity.	Sestra komunikovala velmi omezeně, s nechtí poskytnout informace
Pozitivní komunikace s romským dítětem	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
Pozitivní komunikace s romskou rodinou dítěte	Ano	Ne	Ne	Ne	Ne

Většina pozorovaných sester neuměla aplikovat kulturní specifika do poskytované péče (sestra 2, 4 a 5). Sestry byly pozorovány při výkonech jako: odběr krve s periferního žilního katétru, zavedení PHmetrie nebo provedení EKG vyšetření. Sestry 2 a 4 neuměly navázat pozitivní komunikaci s romským dítětem. Sestry 2-5 neumějí komunikovat s rodinou, což má příčinu v nízké iniciativě rodiny získat informace.

Tabulka 2 Pozorování specifík u romského dětského pacienta

OBLAST POZOROVÁNÍ	Dítě 1 (chlapec, 6let)	Dítě 2 (chlapec, 5let)	Dítě 3 (dívka, 7let)	Dítě 4 (dívka, 5let)	Dítě 5 (chlapec, 7let)
Hospitalizace s matkou	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne
Specifika ve verbálním projevu	Dítě má nedostatečnou slovní zásobu	Chlapec často hledá slova, je mu hůře rozumět, často využívá romské výrazy	Dívka dobře komunikuje, ale nerozlišuje při konverzaci ty/vy	Dívka hovoří omezeným počtem slov, často slova komolí	Chlapec hovoří dobře česky, má dostatečnou slovní zásobu. Rozlišuje ty/vy
Kontakt se spolupacienty a personálem	Přátelský, jak ze strany ke spolupacientům, tak i personálu.	Přátelský, jen tendence k vztekání se a přisvojování hraček. Vyhledává pozornost sestřiček	Pozitivní, bez konfliktů, či obtíží	Bez jakýchkoliv obtíží. Negativní reakce na přítomnost lékaře.	Velmi dobrý kontakt, pozitivní navazování nových kamarádky vztahů (i s personálem)
Úroveň sebepéče a motoriky	U dítěte se objevuje noční pomočování, neumí zavazovat tkaničky	Špatný úchop pastelky při kreslení, obtíže v oblasti jemné motoriky, není zvyklý na čištění zubů	Zhoršená jemná motorika, strnulé psaní, díky špatnému úchopu pera.	Problémy ze sebepéči dítěte. Dívka je zvyklá dostávat doma na noc plenky	Obtíže se zavazováním tkaniček a zapínání knoflíků
Herní aktivity	Nejraději vyhledává organizované soutěživé hry v týmech a hry na notebooku	Nejraději kreslí, a staví lego kostky	Často kouká na pohádky, popř. vymýšlejí hry s kamarádkami na oddělení.	Hraje si s panenkami, dívá na pohádky	Nejvíce hry na PC se spolupacienty

Pozorování se zúčastnilo 5 dětí ve věku od 5 do 7 let a to jak chlapci, tak dívky. Všichni pozorovaní dětské pacienti jsou velmi přátelští a družní, snaží se zapojovat do

dětského kolektivu pacientů na oddělení. Většina dětí pozitivně spolupracuje s ošetřujícím personálem. V oblasti sebepéče se ukázalo klíčovým zavazování tkaniček a noční pomočování.

5 DISKUSE

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit specifika v ošetrovatelské péči o dětského romského pacienta. Pro práci jsme zvolili kvalitativní šetření formou polostandardizovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na dětských lůžkových odděleních. Druhou metodou bylo zúčastněné skryté pozorování, které se zaměřovalo na zvláštnosti v poskytované péči a psychologická specifika u dětských romských pacientů. Realizace výzkumného šetření byla velmi problematická, vzhledem k ožehavosti tématu práce jsme se setkávali ze strany oslovovaných pracovišť s nepochopením a neochotou. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2013 na dětském lůžkovém oddělení nejmenované pražské nemocnice.

První část výzkumného šetření byla realizována formou polostandardizovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na dětském oddělení. Sestrám bylo pokládáno celkem 30 otázek, které byly pro přehlednost rozděleny do oblastí, ve kterých byly následně i přepisovány. Jedná se o oblasti: Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetrovatelství, romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka, romské dítě jako hospitalizovaný pacient a dále Komunikace a rodina. Pro potřeby našeho výzkumného šetření byl zvolen větší soubor otázek, důvodem bylo zjistit co nejkompaktněji, jakým způsobem sestry vnímají romskou problematiku v ČR, jejich osobní názor a pohled na poskytování péče tomuto etniku. Výsledkem tedy bylo zjištění, jak sestry vnímají roli multikulturního ošetrovatelství v klinické pediatrické péči, jakým způsobem hodnotí postoj většinové společnosti k Romskému etniku, jak vidí romské dítě a jak vnímají jeho psychologické charakteristiky. V neposlední řadě nás zajímalo, jakým způsobem hodnotí spolupráci a komunikaci s romskou rodinou. Šetření se zúčastnilo celkem 7 sester různého stupně vzdělání. Čtyři respondentky jsou absolventkami středních zdravotnických škol oboru Všeobecná sestra, jedna z respondentek je absolventkou maturitního oboru Dětská sestra. Zbývající dvě sestry jsou úspěšnými absolventkami bakalářského studia. Rozhovory se sestrami byly provedeny přímo na dětském oddělení, vždy s každou sestrou zvlášť. Rozhovor poskytly 3 sestry pracující na stanici malých dětí a 4 sestry pracující na stanici větších

děti. Skutečnosti, které jsem považoval za stěžejní, byly kategorizovány do schémat (Schéma 1-6).

Další výzkumnou metodou bylo zúčastněné skryté pozorování, zaměřené na poskytování péče a psychologické charakteristiky romského dítěte. První část pozorování byla zaměřena na sestry poskytující péči romským dětem na ošetrovací jednotce (Tabulka 1). Další části pozorování zaměřené na specifika u romského dětského pacienta (Tabulka 2), se zúčastnilo celkem 5 dětských pacientů ve věku od 5 do 7 let. Celkem tři chlapci a dvě dívky. Na dotazy týkající se povědomí o multikulturním ošetrovatelství, nadpoloviční většina dotazovaných sester odpovídala, že se s výukou multikulturního ošetrovatelství setkala většinou až v rámci bakalářského studia nebo specializačního vzdělávacího programu. Problémy v oblasti aplikace multikulturního ošetrovatelství sestrami do klinické praxe jsou dvojího typu. Část sester kulturní specifika aplikovat neumí, druhá část je většinou aplikovat nechce a považuje tuto oblast za nedůležitou, což také uvedly sestry 5 a 6.

Pokud se zaměříme na odlišnost ošetrovatelské péče poskytované romskému dítěti oproti dítěti z majority (Schéma 1), najdeme celou řadu zcela zjevných specifíků, které vyplynuly i z našeho výzkumného šetření. Nepřekvapujícím zjištěným faktem bylo, že většina dotázaných sester si uvědomuje, že kontakt sester s romským dítětem ovlivňují předsudky. Meisnerová (2010) uvádí jako důležité, aby ošetřující podnikl několik prvních vstřícných kroků. V tom je zřejmý rozdíl oproti sociálnímu kontaktu s příslušníkem majoritní společnosti. Sestra je u majority zvyklá, že se rodina aktivně zajímá o zdravotní stav dětského pacienta. Proto neumí s odlišným přístupem romského etnika k poskytování informací pracovat.

V otázkách, které se věnují odlišnosti v přístupu sester ve vykonávaných intervencích (schéma 4), si sestry myslí, že by se přístup k romskému dítěti měl lišit. Sestra 1 odpověděla, že by ošetřující personál měl hned z počátku zvolit asertivní přístup, jinak nebude mít žádnou autoritu. Tento názor se neshoduje s výzkumem v diplomové práci Hackenbergerové (2011), která uvádí, že nejdůležitější je romským dětem dokázat, že si jich vážíte, a že vám na nich záleží. Ve svém výzkumném šetření také uvedla, že romské děti nemají rády slova jako *musíš*, *hned*, *úkol*, atd., jednoduše

vše, co evokuje povinnost. Vše, co dělají, musí dělat dobrovolně a rády. Pokud tomu tak není, odpovídá tomu konečný výsledek dané činnosti.

Podle mého názoru by sestra tyto zásady měla dodržovat také u dětí majoritní společnosti. Nikdo z nás není rád do čehokoliv nucen, tím spíše pokud se jedná o rozhodování o našem vlastním těle.

Všechny dotazované sestry odpověděly, že péče o romské dítě je mnohem náročnější, častým problémem bývá ztížené navazování spolupráce. Toto hledisko jen dokresluje Ivanová (2005), která uvádí, že Romové zpracovávají většinu informací neverbálních, proto asertivní, odtažitý přístup může vést k narušení dalšího kontaktu s romským dítětem.

Sestra 2 uvedla: „*Osobně si myslím, že nikdo není schopen poskytnout takovou péči, aby jim to vyhovovalo. Myslím si, že toho není české zdravotnictví schopno*“.

Podle mého názoru stát s vyspělou ekonomikou a vysokoškolsky vzdělaným personálem ve zdravotnictví by měl zvládat poskytovat kulturně specifickou péči. Pokud takovou péči nejsme schopni poskytnout, nejsme státem využívajícím principů moderního ošetřovatelství. Nicméně sestry tuto skutečnost potvrdily v provedeném pozorování (Tabulka 1), kdy většinou nebyly schopné aplikace kulturních specifík a navození pozitivní komunikace s romským dítětem.

Jako pozitivní komunikaci jsme hodnotili vstřícnost při dotazech matky či dítěte, neodlišný přístup oproti majoritním dětským pacientům a terapeutickou komunikaci. Sestry uvedly, že děti nebývají hospitalizované s matkou, tato skutečnost byla potvrzena i v pozorování (Tabulka 2), kdy byla hospitalizována s matkou jediná dívka. Ani reakce dětí na odloučení od rodiny nebývá bouřlivá, děti jsou, podle dotazovaných sester, na časté změny prostředí a spoustu cizích tváří zvyklé. Změna prostředí jim tudíž nedělá výrazné problémy. Tato skutečnost byla patrná také při pozorování (Tabulka 2), většina hospitalizovaných dětí měla velmi pozitivní vztah jak ke spolupacientům, tak k samotnému personálu. Omezený kontakt s matkou nebyl velký problém (Schéma 2). Tuto skutečnost přisuzuji časté obměně pečující osoby v domácím prostředí dítěte. Romské děti jsou zvyklé na péči svých sourozenců i širšího příbuzenstva.

Pro každou sestru by měla být spolupráce a komunikace s rodinou důležitou součástí každé interakce s pacientem (Schéma 1). Jako velkou bariéru můžeme označit nezájem o informace ze strany rodiny dítěte. Informace u romského etnika přicházejí na řadu jen v případě těžkého onemocnění nebo choroby, jejichž příznakem bývá bolest. Romská rodina v takovém případě těžce nese, pokud jeho nejbližší trpí a hledá možného viníka. Maryšková (2010) uvádí, že Romové vnímají roli zdravotnického pracovníka často jako někoho, kdo problém vytvořil. Sestry také neshledávají v komunikaci s romskou rodinou žádná pozitiva. Přitom dle Meisnerové (2010) výhoda spočívá v otevřené konverzaci v rodině dítěte. Sestra může díky tomu hovořit otevřeně o tématech, která jsou u majoritní společnosti často tabuizována. Pozorovaná skupina romských dětí tuto skutečnost jen potvrdila. Děti jsou velmi bezprostřední, vstřícné a jsou velmi dobře informované o sexu, drogách, alkoholu někdy již před nástupem do základní školy. Jako osobu, od které romská rodina očekává informace, můžeme uvést lékaře. V sestru velmi často nemají velkou důvěru. Často se dotazují, ale mají tendence si informace ověřovat u lékařů. V případě jakékoliv nesrovnalosti vyžadují konzultaci s co nejvyšším představitelem dané instituce, tento fakt byl potvrzen dotazovanými sestrami. Tento fakt je patrný také v ošetřování dospělých Romů, podle mého názoru Romové vnímají sestru jako někoho, kdo pouze ošetřuje, plní určité požadavky a nerozumí medicíně jako takové.

Kaleja (2011) uvádí jako primárního prostředníka pro sestru v případě komunikace otce rodiny, ovšem z provedených rozhovorů vyplynul fakt, že tímto člověkem bývá často i matka dítěte. Ze zkušenosti mohu říci, že otec je sice velmi váženým členem rodiny, ale ve většině romských rodin nemusí mít již svou nezastupitelnou roli. Davidová (2004) konstatuje, že v případě nepřítomnosti manžela či nevyzrálости synů přebírá roli živitelky celé rodiny matka.

Pro romské etnikum je velmi typická živelnost, romské děti si nejčastěji hrají velmi nekoordinovaně, mají hodně energie a jsou často přelétavé. Tuto definici potvrdilo i naše pozorování, které prokázalo u romských dětí značný smysl pro hru a soutěživost. Negativní vlastností je nedostatek vůle pro danou činnost. Anne Ilkin a kol. (2010) upozornili, že žáci mají nižší úroveň motivace oproti jiným etnickým

skupinám, což je způsobeno celou řadou faktorů, jako jsou nedostatek angažovanosti, přerušování vzdělávání a negativní zkušenosti s danou činností.

Mezi nejčastěji vyhledávané hry romskými dětmi sestry uvedly moderní hry na tabletu, notebook apod. Negativní roli v herních aktivitách romských dětí hraje nedostatečná úroveň znalosti českého jazyka (Schéma 6). K tomuto názoru se také přiklonila Ševčíková (2003). Během pozorování se děti velmi často vyhýbaly konverzaci, protože neuměly dostatečně formulovat odpověď nebo ve větách často užívaly slova převzatá z romštiny. Překvapivé je výzkumné šetření Kolářové: „*Výzkum ukázal, že většina rodin mluví na své děti buď česky i romsky nebo česky. Zanedbatelná část respondentů uvedla, že na děti mluví jejich mateřštinou, tedy romštinou.*“ (Kolářová, 2011, s 75).

Výrazný problém mají romské děti také v uznávání autorit, často dospělým tykají, typickým fenoménem je tato skutečnost zejména pro předškolní období. Toto tvrzení potvrdila i Crhová (2012), která uvedla, že finanční situace bývá hlavním důvodem, proč velká část romských dětí neprojde předškolním vzděláváním, které by jim doplnilo některé nedostatky z rodiny, zejména vzniklou jazykovou bariéru. Z absence předškolního vzdělávání vyplývá fakt, že jejich první zkušenost s lidmi mimo jejich komunitu se zpravidla odehrává až na základní škole.

V oblasti sebeobsluhy se objevily u 4 dětí základní nedostatky, které verbalizovaly sestry v provedených rozhovorech a také vyplynuly z pozorování na dětském lůžkovém oddělení (Tabulka 2). To uvádí také Hornák (2010), který hodnotí veškerou manipulaci s předměty u romských dětí jako velmi problematickou. Tato skutečnost vyplývá z faktu, že romští rodiče těmto činnostem nevěnují příliš pozornosti a nepovažují tyto schopnosti za důležité. Typickými nedostatky bývá chybný úchop psacího náčiní, či nízká zručnost při výtvarných činnostech. V oblasti sebepéče se jedná o oblékání, zapínání knoflíků, zavazování tkaniček a udržení osobní hygieny. Sestry, dle mého osobního dojmu, během rozhovorů tyto činnosti nepovažují za důležité a myslí si, že se jich netýkají. Pro každou sestru pracující na dětské oddělení by přitom mělo být zásadní hodnocení sebeobsluhy dětského pacienta a jeho verbálních schopností i motorických

dovedností. V případě, že by sestra využila vstřícnosti a smyslu pro hru romských dětí, mohla by i za krátkou dobu leckteré činnosti u romského dítěte vylepšit.

V případě sdělování informací z rozhovorů (Schéma 5) vyplynula skutečnost, že sestry považují romské rodiče za méně vzdělané, tudíž je potřeba informace sdělovat jednoduše. Přesto se těmito zásadami neřídí, jak vyplynulo z pozorování zaměřeného na pozitivní komunikaci s rodinou dítěte (Tabulka 1). Přitom zásadami jako srozumitelnost a jednoduchost by se sestra měla řídit bez ohledu na etnikum pacienta. Kaleja (2011) také doplňuje, že je důležité vždy hovořit konkrétně a vyvarovat se abstraktních výrazů.

Závěrem lze říci, že výzkumy týkající se romského etnika jsou vždy velmi složitou záležitostí, která vzbuzuje rozporuplné emoce. Z výzkumu vyplynulo, že sestry nejsou na práci s romskými dětmi připravené a mají nedostatek vědomostí ani správných praktických zkušeností pro jednání s touto menšinou. Romské děti jsou velmi živé, přímočaré a působí dojmem nevychovanosti (Schéma 3). Velkým problémem je také velmi špatná úroveň sebek péče romských dětí. Přes tyto všechny nedostatky, jsou děti velmi otevřené a přístupné působení zdravotnického personálu. Sestra má možnost v celé řadě činností dítěti pomoci a zvýšit jeho šanci zapojit do běžného kolektivu na základní škole. Toto mé zjištění je v rozporu s výzkumem v diplomové práci Reidingerové (2009), která uvedla, že nejčastěji se sestry setkávají s romskými pacienty na dětských a gynekologicko-porodnických odděleních. Sestry, pracující na těchto odděleních, velmi často uváděly, že dochází k nespolupráci ze strany romských pacientů.

Díky svému studiu na střední škole a praxi v oblasti sociální péče mám možnost srovnání přístupu k romské menšině ve zdravotnictví a právě v sociální péči. Jsem nucen konstatovat, že přístup sociálních pracovníků se mi jeví jako profesionálnější. Je to určitě způsobeno i tím, že je této problematice věnováno v rámci vzdělávání sociálních pracovníků dostatek prostoru. Je nespočet výzkumů věnovaných pedagogické či sociální stránce romské problematiky. V oblasti ošetrovatelství však tyto výzkumy zaměřené na romské děti stále chybí. Nízká informovanost a absence výzkumů se proto velmi promítla v postoji nejen sester, ale i vedoucích pracovníků nemocnic k mému

výzkumnému šetření a ve výsledcích celé praktické části mé bakalářské práce. Velmi dlouho mi trvalo objevit nemocnici, kde by byli ochotní mi výzkumné šetření umožnit. Na základě zjištěných údajů se zřejmě není čemu divit.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce nese název: „Specifika ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta“. Práce byla zaměřena na zjištění specifík v oblasti poskytování péče, komunikace a osobnostních vlastností hospitalizovaného romského dítěte. Práce byla rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části byla nastíněna problematika pediatrického ošetrovatelství, potřeby dítěte během hospitalizace, specifika romské kultury a specifická péče o dětského romského pacienta. Pro empirickou část byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření, a to formou rozhovoru a pozorování. Výzkumnými vzorky byly jednak sestry pracující na dětském lůžkovém oddělení a také romské děti na těchto odděleních hospitalizované.

Cílem práce bylo zjistit specifika v ošetrování romského dítěte. Pro splnění daného cíle byly formulovány tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jak se liší ošetrovatelská péče u hospitalizovaného romského dítěte oproti dítěti z majority? Na základě rozhovorů a pozorování vzešla skutečnost, že ošetrovatelská péče o romské dítě je v mnoha ohledech specifická, na sestru jsou kladeny mnohem větší požadavky, než v případě dítěte z majority. Romské dítě je velmi živé, nerespektující autority a pevný denní řád. Vedle těchto vlastností jsou děti také velmi přátelské, upřímné a vstřícné, což sestra může při poskytování péče využít. Je proto nutné, aby využila pozitivních vlastností dítěte k „dobrým účelům“, např. začít s nácvikem sebeobslužných činností u dětí, u nichž dovednosti často z domácího prostředí chybí.

Výzkumná otázka 2: Jaká existují specifika v komunikaci s dítětem a rodinou? Z výzkumného šetření je patrné, že sestry vnímají komunikaci s touto menšinou velmi složitě, často přesně nevědí, jakým způsobem správně komunikovat. Většina sester během rozhovoru uvedla, že romská rodina nejeví příliš zájem o informace, což je hlavním problémem. Sestra v těchto případech neumí navázat pozitivní spolupráci, ba naopak se utvrdí ve svých názorech a nechá se unášet nedůvěřivostí a předsudky. Pro sestru je důležité vědět, že musí ona udělat první pozitivní krok.

Výzkumná otázka 3: Jak se liší přístup personálu ve vykonávání intervencí? Sestry se během poskytování péče často nechají unést svými předsudky, nedostatečně vysvětlují dané výkony a jednají s dítětem i jeho rodinou negativisticky. Smutné je, že

při běžném kontaktu, kdy není cílem příprava na vyšetření nebo ošetrovatelský výkon, či edukaci, se sestry chovají mile, přirozeně a empaticky.

Sestry by se, v případě komunikace s romským dětským pacientem a jeho rodinou, měly vyvarovat užívání pokynů direktivního rázu a přiměřeným způsobem se snažit upozornit na možné důsledky nedodržování daných doporučení.

Jako zcela nezbytné se, na základě výzkumného šetření, ukazuje zařazení multikulturního ošetrovatelství do osnov všech středních zdravotnických škol a to především z důvodu lepší profesní přípravy budoucích zdravotnických pracovníků, kterým tyto znalosti výrazně ulehčí práci a komunikaci s minoritními skupinami pacientů a jejich rodinami, se kterými se ve své praxi v současné době setkávají stále častěji.

Získaná data a informace budou prezentovány v odborném periodiku.

7 POUŽITÁ LITERATURA

BAKALÁŘ, P. (2004). *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 179 s. ISBN 80-722-0180-8.

CRHOVÁ, T. (2012). *Hodnoty romských dětí: jejich vývoj a ovlivnění*. Brno, Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Milan Valach, Ph.D.

DAVIDOVÁ, E. (2002). Specifika, hodnoty a spiritualita Romů. In: *Práce s romskou mládeží: odborný seminář 23. – 25. 11. 2001*. Praha: Salesiánská provincie Praha–Odbor pastorace mládeže, 2002, s. 31-32

DAVIDOVÁ, E. (2004). *Romano drom: 1945-1990 : změny v postavení a způsobu života Romů v Čechách, na Moravě a na Slovensku*. 2., přeprac. vyd., 1. vyd. v edici Interface, 1. vyd. Univerzita Palackého. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 273 s. 32. ISBN 80-244-0524-5.

DAVIDOVÁ, E. (2010). *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 251 s. ISBN 978-807-3874-285.

DRMOTOVÁ, A. ELICHOVÁ, M. (2011). Školní úspěšnost Romských dětí. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, roč. 13, č. 1, s. 65-73. ISSN 1212-4117.

ELICHOVÁ, M. (2004). Sonda do zdravotního stavu a životního stylu českobudějovických Romů. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, roč. 6, č. 4, s. 203-215. ISSN 1212-4117.

HACKENBERGOVÁ, R. (2011). *Podpora zdravého životního stylu romských dětí*. Brno. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Iva Žaloudíková, Ph. D.

HORŇÁK, L. (2010). Romské etnikum. In: *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 386-392. ISBN 978-80-7367-679-7.

ILKIN, A. DERRINGTON, CH. (2010). Improving the Outcomes for Gypsy, Roma and Traveller Pupils: Final Report. *Improving the Outcomes for Gypsy, Roma and Traveller Pupils: Final Report*, s. 138.

IVANOVÁ, K. (2005). *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JAKOUBEK, M. (2009). *Mluvme o Romech=Aven vakeras pal o Roma*. Editor Martin Kaleja, Jan Knejp. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 199 s. ISBN 978-807-3687-083.

KALEJA, M. (2011). *Romové a škola versus rodiče a žáci: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Vyd. 1. Editor Viktor Lechta. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011, 162 s. ISBN 978-80-7368-943-8.

KOLÁŘOVÁ, L. (2011). *Postoje romských rodičů ke vzdělávání jejich dětí v programu Předškoláci Salesiánského střediska mládeže – domu dětí a mládeže České Budějovice*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita. Vedoucí práce Mgr. Pavel Kuchař, Ph. D.

KUTNOHORSKÁ, J. (2010). *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-802-4732-244.

LEIFER, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

LÍŠKOVÁ, M. (2006). *Základy multikulturního ošetřovatel'stva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 69 s. ISBN 80-806-3216-2.

MARYŠKOVÁ, A. (2010). Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 20, č. 2, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

MEISNEROVÁ, I. (2010). Etnická specifika romských dětí a romské rodiny. In: AL], Sborník příspěvků zpracoval tým lektorů NIDV Irena Meisnerová ... [et] *Cesty ke vzdělávání dětí ze sociokulturně odlišného prostředí.* 1. vyd. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, s. 9-11. ISBN 978-8086-956-589.

ONDRIOVÁ, I. SINAIOVÁ, A. (2010). Zmírňování negativních následků hospitalizace u dětí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 9, č. 7-8, s. 40-42. ISSN 1210-0404.

PASTERŇÁKOVÁ, L. (2006). Moj spolužák Róm. In: *Identita ve vztahu k národnostním menšinám: mezinárodní konference : 5. setkání národnostních menšin a 24. setkání Hnutí R : 10.-11. listopadu 2005*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, s. 316-320. Praha a národnosti. ISBN 809-0372-708.

PROKEŠOVÁ, M. (2010). *Romové, otázky a hledání odpovědí*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 101 s. ISBN 978-80-7329-249-2.

RALBOVSKÁ, R. (2010). *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2. dopl. vyd. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha, 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.

REIDINGEROVÁ, A. (2009). *Poskytování kulturně senzitivní ošetrovatelské péče těžce přizpůsobivým Romům*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

SEDLÁŘOVÁ, P. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.

SIKOROVÁ, L. (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-802-4735-931.

SLEZÁKOVÁ, L. (2010). *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, 280 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-862.

ŠEVČÍKOVÁ, V. (2003). *Sociokulturní a hudebně výchovná specifika romské minority v kontextu doby*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 233 s. ISBN 80-704-2282-3.

ŠOTOLOVÁ, E. (2011). *Vzdělávání Romů*. 4. vyd., v nakl. Karolinum 2., rozš. a upr. Editor Martin Kaleja, Jan Knejp. Praha: Karolinum, 130 s., [23] s. obr. příl. ISBN 978-802-4619-095.

ŠTRBOVÁ, M. (2006). Rómská rodina v současnosti. In: *Identita ve vztahu k národnostním menšinám: mezinárodní konference : 5. setkání národnostních menšin a 24. setkání Hnutí R : 10.-11. listopadu 2005*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2006, s. 375-377. Praha a národnosti. ISBN 809-037-2708.

TRACHTOVÁ, E. (2008). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VRUBLOVÁ, Y. (2011). *Kultura a zdravotní péče*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 66 s. ISBN 978-80-7464-086-5.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Pojmy v multikulturním ošetřovatelství

Příloha 2: Romská rodina v minulosti

Příloha 3: Pokládané otázky v rozhovoru se sestrami

Příloha 4: Pozorovací arch

Příloha 1

Pojmy v multikulturálním ošetřovatelství

Multikulturální a transkulturální

Termíny multikulturální a transkulturální se stále používají ve zdravotnické literatuře i praxi pro vyjádření téhož. Je ale důležité upozornit, že mají své specifické významové odlišnosti (Ivanová, 2005).

Užívání těchto pojmů je výborně znatelné na vyrovnávání se s fenoménem migrace v zemích, kde je podíl cizinců v populaci velmi vysoký. Snahou těchto společností zpočátku byla asimilace migrantů. Tyto snahy se ale brzy ukázaly jako neefektivní a na základě kritiky této koncepce se přijal koncept multikulturalismu (Ivanová, 2005).

Později se dospělo k zjištění, že multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, ale spíše se prohlubuje izolovanost cizinců, objevují se často tendence k jejich znevýhodňování a sociální segregaci. Moderní společnost ale potřebuje sociální a ekonomickou integraci migrantů, jejich participaci na řešení problémů v oblasti jak sociální a politické, tak i ekonomické. Těmto tendencím proto lépe vyhovuje koncepce transkulturalismu. Pro tento koncept je totiž význačné, že staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou interakci mezi majoritní společností a minoritními skupinami (Ivanová, 2005).

Kultura, etnikum, etnicita , etnické vědomí

Kultura bývá definována jako přesvědčení nebo pravidla chování, která jsou předávána na základě určité formy sociálního učení, předávána z jednoho jedince na druhého (Vrublová, 2011).

Výraz *etnikum* pochází z antické řečtiny, v níž slovo *ethos* znamenalo „kmen, národ“ ve smyslu příbuzenské jednotky. Staří Řekové teprve postupně dospívali k pojetí teritoriální a kulturní sounáležitosti ve smyslu dnešního chápání tohoto pojmu.

V západoevropské tradici tento pojem znamená kulturně definované a diferencované skupiny lidí. Etnikum je společenství lidí, kteří mají stejný rasový původ, obvykle i společný jazyk a sdílejí společnou kulturu. *Etnicita* je vzájemně provázaný systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společném původu. Etnická příslušnost je sounáležitost jedince s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity (Ralbovská, 2010).

Etnické vědomí je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rasového původu (Ivanová, 2005).

Předsudky, xenofobie, diskriminace

Předsudky představují zvláštní soubor v podstatě nezdůvodněných postojů a stanovisek, které si často lidé osvojují většinou i zcela nevědomky pod vlivem okolního prostředí, nebo je od někoho přejímají. Za pomoci předsudků tedy velmi jednoduše překonáváme obtíže, které provází formování vlastního názoru na něco, co se poněkud vymyká našemu zaběhlému standardu vidění okolního světa (Ivanová, 2005).

Za racionální složku předsudků můžeme považovat především odlišný způsob života a životního stylu, včetně chování a projevů (Ivanová, 2005).

Z předsudků může vycházet strach z neznámého, nebo nám cizího, který umožňuje napětí jednotlivce posléze i skupiny. Tento jev nazýváme xenofobií, jedná se o psychický jev, na kterém mohou vyrůstat nenávistné ideologie jako rasismus, šovinismus, fašismus, apod. Úrodnou půdou pro xenofobii jsou zejména období ekonomického úpadku, politických a sociálních krizí. Vzájemnou provázanost můžeme najít také mezi předsudky a diskriminací. Chová-li někdo předsudky vůči příslušníkům jiného etnika či rasy, nedopouští se tím ještě diskriminace - ta se projevuje až faktickým jednáním. Diskriminace tedy znamená věcné rozlišování, jež znevýhodňuje jednu skupinu proti druhé (Ivanová, 2005).

Menšina, dominantní skupina

Pod pojmem minorita, neboli menšina rozumíme obecně jakoukoliv skupinu lidí definovanou nějakým sociologicky významným společenským znakem, která se početně může rovnat jiné skupině, která ovšem v dané společnosti tvoří majoritu. Je to skupina lidí, která je většinou pro své fyzické či kulturní charakteristiky vyčleněna od ostatních příslušníků společnosti (Ivanová, 2005).

Členství ve skupině se přenáší zejména dědičností, která spojuje následující generace dokonce i tehdy, když chybí snadno rozlišitelné, zvláštní kulturní nebo fyzické vlastnosti. Nejdůležitější charakteristikou menšiny jsou skupinové vazby a společenské konvence (Ivanová, 2005).

Oproti tomu dominantní skupinou rozumíme sdružení ve středu společnosti, které má výjimečné postavení ve funkci držitelů hodnotového žebříčku společnosti a je jedním z hlavních rozdělovatelů sankcí či „pochval“ (Ivanová, 2005).

Na útlak s dominantní skupinou mohou jednotlivé menšiny reagovat různými způsoby. Často to bývá únik ze soužití s dominantní skupinou, nenásilný odpor nebo odpor násilný (Ivanová, 2005).

Příloha 2

Romská rodina v minulosti

Základem pro romské společenství byla a je rodina. Existence rodiny má velký význam v socializaci, akulturaci a navazování vztahů daného romského jedince, mnohem více než pro příslušníka majoritní společnosti. Jedním z hlavních důvodů je, že Romové nikdy neměli tendenci navazovat vztahy v mimorodinných společenských sítích (Davidová, 2010).

Pro většinu Romů v minulosti byla typická patriarchální rodina. Rodinné vztahy, struktura a hierarchie rodiny i role jednotlivých členů byly vždy těsně spjaty s charakterem skupinových zákonů, jimž jsou do jisté míry stále podřízeny. Tyto skupinové zákony se liší s ohledem na druh daného společenství (Davidová, 2004).

Olašští Romové byli a jsou veskrze patriarchální společností. Celou skupinu tvořil otec (*dad*) obvykle se svými bratry (*phrala*), ženatými syny (*šávo*, *šáve*), svobodnými dcerami (*šej*, *šeja*) a s dětmi (*š'oura*) svých bratrů a synů. Ženskou část skupiny tvořila žena otce – hlava skupiny (*romňi*), dále manželky či družky synů (*bouri*) a bratrů – švagrové (*džamutre*). Další část rodiny často tvořili i rodiče otce, strýc, teta či tchán a tchýně (Davidová, 2004).

Dcery přecházely podle olašských tradic do rodiny svého manžela, který jí musel od původní rodiny vykoupit – tento akt se v některých vesnicích dodržuje dodnes, ovšem ceny za nevěstu jsou několikanásobně vyšší. Takovýto rodinný systém pomáhal i dospívajícím dětem, které již založily vlastní rodinu a to nejen po ekonomické stránce. Běžným standardem v těchto komunitách bývalo, že tyto páry obvykle žili nějakou dobu po svatbě u rodiny ženicha nebo nevěsty, kde bylo více místa (Davidová, 2004).

Syn, pokud vydělával, odevzdával peníze matce, která za peníze hospodaří (Davidová, 2004).

Pokud tedy nově vzniklá rodina setrvala u některého z rodičů partnerského páru, matka (tchýně) učila mladou ženu pečovat o dítě, otec (tchán) doplňoval dříve řemeslnou kvalifikaci mladíka a uváděl ho do společnosti dospělých mužů (Davidová, 2010).

Velká část mladých dvojic, které zahajovaly společný život, ještě neměla potřebný věk pro oficiální církevní či úřední sňatek. Proto svatba v těchto případech nebyla nazývána svatbou, ale obvykle mangan nebo také mangavipen. Pravá svatba byla slavena až po dosažení plnoletosti. Důležitou úlohu při těchto obřadech sehrával čhibalo – vajda – který se v současnosti objevuje ještě u některých romských komunit na Slovensku. Vajda pronesl obřadní formuli, svázal mladým ruce šátkem, dával dvojici pít červené víno ze svých dlaní, aby se tito mladí lidé stále milovali a měli spolu dobrý život (Davidová, 2010).

Snad všichni Romové mají rádi děti. Jsou považovány ve velké většině případů za něco mimořádného v životě rodiny. Za běžný standart Romové považovali u žen jedno dítě každý rok. Podmínky, ve kterých většina Romů žila způsobily, třeba i neuvědoměle záchovu vlastního rodu. Proto i dodnes milují své děti takovou láskou, že jsou k nim ve většině případů zcela nekritičtí. Výchova pak probíhala zcela neřízeně. Děti měli volnost a prožívali všechno společně s rodiči a dalšími dospělými, kteří před nimi neměli často žádné tajnosti, a to ani v případě, jde-li o manželský život rodičů. Děti tedy nevyrostaly a nevyrostají v dětském světě, ale ve světě dospělých. Proto i dříve dospívají (Davidová, 2004).

Pokud se narodilo ve skupině dítě, otec sehrával hlavní roli v přijetí dítěte do rodiny (vyzdvihl ho nad hlavu, a tím uznal za své). Křest novorozence byl prováděn ponořením do studené vody, a to třeba i v zimním období, kdy do ledu vykopali díru – Olašští Romové věřili, že nevydrží-li dítě tuto zkoušku, je nezdravé. Toto pravidlo se dodržovalo zejména pro zjištění, zda dítě zvládne tehdejší podmínky kočovného života. Romské děti získávaly (a v některých romských komunitách dostávají dodnes) ve své rodině poznatky pro život, osvojovaly si pravidla dané skupiny, specifické etické normy a budovali v sobě pocit sounáležitosti, a tím i svou kulturní identitu (Davidová, 2004).

Žena byla považována v určitém smyslu za něco méněcenného a podřadného. Její hlavní role byla předurčena k tomu, aby milovala, rodila a vychovávala. V některých komunitách stále ženy nesedí a nejedí dohromady s muži. V současné době je možné říci, že došlo v průběhu staletí ve většině romských komunit k posílení postavení žen (Davidová, 2004).

Příloha 3

Rozhovor se sestrami pracujícími na dětských lůžkových odděleních

Úvod do rozhovoru - obecné pojetí multikulturního ošetřovatelství

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete na dětském oddělení?
3. Setkali jste se v rámci vašeho kvalifikačního vzdělávání s multikulturním ošetřovatelstvím?
4. Jakou náplň by podle Vás mělo mít multikulturní ošetřovatelství?
5. Jak často se setkáváte s ošetřováním dítěte jiného etnika?
6. Jsou podle Vás některé ošetřovatelské postupy jinak vykonávané u etnického dítěte oproti dítěti z majority?

Romské etnikum ve vnímání zdravotnického pracovníka

7. Jak by jste charakterizovala postoj laické veřejnosti k romskému etniku?
8. Jakým způsobem si myslíte, že vnímá romské etnikum majoritní společnost?
9. Jak často se ve své praxi setkáváte s hospitalizovaným romským dítětem?
10. Jak si myslíte, že by se měl lišit přístup zdravotnického pracovníka u ošetřování romského dítěte oproti dítěti s majority?

11. Myslíte si že ošetřování romského dítěte je náročnější oproti dítěti z majoritního etnika? Popř. Proč?

Romské dítě jako hospitalizovaný pacient

12. S jakými obtížemi jsou romské děti nejčastěji hospitalizované ? A v jakém věku ?
13. Převládá u romských dětí hospitalizace s matkou či nikoliv?
14. Jak by jste charakterizovala reakci dítěte na odloučení v době hospitalizace?
15. Má přítomnost matky pozitivní vliv na psychiku romského dítěte?
16. Jak by jste charakterizovala psychické projevy romského dítěte?
17. Jak romské děti nejčastěji navazují kamarádské vztahy se spolupacienty?
18. Pozorovala jste někdy diskriminaci romského dítěte ze strany spolupacientů dítěte?
19. Jakým způsobem by se měl chovat zdravotnický pracovník v rámci vykonávání intervencí u romského dítěte?

Komunikace a rodina

20. Jak by jste charakterizovala komunikaci romského etnika?
21. Kdo nejčastěji dítě v rámci hospitalizace navštěvuje?

22. Jakým způsobem nejčastěji návštěvy probíhají?
23. Jeví rodiče zájem o spolupráci na poskytování péče? Dotazují se na informace o tom, jak takovou péči poskytovat?
24. Jak by podle vás měla sestra postupovat v případě sdělování informací a edukace rodiny a dětského romského pacienta?
25. Může mít podle vás edukace romského dítěte a jeho rodiny nějaké výhody oproti dítěti z majority ?
26. Od koho nejčastěji rodiče romských dětí očekávají poskytnutí informací?
27. Jak byste charakterizovala komunikaci romského dítěte a dítěte z majority?
28. Jaké aktivity nejčastěji romské dítě vyhledává při pobytu v nemocnici? Jsou nějak specifická oproti majoritnímu dítěti?
29. Kdo je pro Vás v případě romské rodiny prostředníkem pro komunikaci?

Příloha 4

Pozorovací arch

Specifika v poskytování ošetrovatelské péče - pozorování zaměřené na sestry pracující s romským dítětem na lůžkovém oddělení

Vnímání a aplikace kulturních specifíků do poskytované péče

Přístup sestry ve vykonávání ošetrovatelských intervencí

Pozitivní komunikace s romským dítětem

Pozitivní komunikace sestry s rodinou dítěte

Romské dítě jako pacient - pozorování zaměřené na osobnostní specifika romských dětí

Hospitalizace s matkou

Specifika ve verbálním projevu

Úroveň sebepéče a motoriky

Sociální kontakt se spolupacienty a personálem

Specifika v herních aktivitách

