

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČR

Magisterská diplomová práce

Olomouc 2018

Natalija Moudilou-Mouanga

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ

ANTROPOLOGIE

TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V ČR

Magisterská diplomová práce

Obor studia: Andragogika

Autor: Bc. Natalija Moudilou-Mouanga

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma Transkulturní ošetrovatelství v ČR vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.....

Natalija Moudilou-Mouanga

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Jaroslavu Šotolovi, PhD., za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval při vedení této diplomové práce.

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Natalija Moudilou-Mouanga
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Andragogika
Obor obhajoby práce:	Andragogika
Vedoucí práce:	Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Transkulturní ošetrovatelství v ČR
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je na základě znalosti teorie transkulturního ošetrovatelství analyzovat reálnou praxi s pacienty odlišných kultur v rozdílných zdravotnických zařízeních České republiky a získat individuální názory na připravenost českých zdravotníků při poskytování ohleduplné transkulturní péče. Diplomová práce je členěná do teoretické a empirické části. Teoretická část obsahuje důležité okruhy pro představení problematiky transkulturního ošetrovatelství. V rámci empirické části bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Soubor respondentů tvoří skupina pěti zdravotních sester a jedné lékařky, se kterými byly realizovány polostrukturované rozhovory. V závěru diplomové práce jsou prezentovány výsledky kvalitativního šetření a doporučeny další postupy.
Klíčová slova:	Akulturace, bolest, celoživotní vzdělávání, cizinci, etický kodex, kultura, Leiningerová, mezinárodní ochrana, práva pacientů, transkulturní ošetrovatelství
Title of Thesis:	Transcultural nursing in the Czech Republic
Annotation:	The objective of the thesis is to analyse the real practice in patients coming from diverse cultures in various health care facilities in the Czech Republic based on the knowledge of the theory of transcultural nursing, and to get individual opinions on the preparedness of Czech medical

	<p>personnel to provide considerate transcultural nursing. The thesis is divided into a theoretical and empiric part. The theoretical part describes segments important for the presentation of the transcultural nursing. In the empiric part, a qualitative research has been undertaken. The group of respondents is comprised of 5 nurses and one medical doctor, who took part in semi-structured interviews. The thesis conclusion presents the results of the qualitative research and recommendations for other procedures.</p>
Keywords:	<p>Acculturation, culture, ethical code, foreigners, international protection, Leiningerová, life-long education, pain, patient rights, transcultural nursing</p>
Názvy příloh vázaných v práci:	<p>Příloha č. 1 - Informovaný souhlas pacienta Příloha č. 2 - Revers Příloha č. 3 - Etický kodex práv pacientů Příloha č. 4 - Komunikační karta pro pacienty cizince a zdravotníky</p>
Počet literatury a zdrojů:	53
Rozsah práce:	115 s., 157482 znaků

Obsah

Úvod.....	13
1 Terminologické ukotvení problematiky transkulturního ošetrovatelství.....	19
1.1 Definice transkulturního ošetrovatelství, etnicity a kultury.....	20
1.2 Kultura a reagování na bolest	21
1.3 Kulturní šok a akulturace	24
1.4 Komunikace v interkulturním prostředí.....	25
1.5 Vznik transkulturního ošetrovatelství.....	27
1.6 Koncepce teorie transkulturního ošetrovatelství.....	27
1.7 Cíle transkulturního ošetrovatelství	28
2 Vzdělávání ošetrovatelského personálu.....	31
2.1 Transkulturní ošetrovatelství – výuka na vysokých školách	32
2.2 Celoživotní vzdělávání	34
2.3 Kurz problematika péče o cizince NZO NCO	35
2.4 Publikace Rádce pacienta	37
2.5 Komunikační karty.....	38
2.6 Aplikace a programy.....	39
3 Cizinci v ČR.....	43
3.1 Statistické údaje	44
3.2 Počty cizinců dle druhu pobytu.....	45
3.3 Počty ošetřených cizinců v roce 2015.....	46
3.4 Počty ošetřených cizinců v roce 2015 dle země původu.....	47
4 Práva pacientů ve vztahu k léčbě v ČR.....	51
4.1 Informovaný souhlas	52
4.2 Veřejné zdravotní pojištění.....	54
4.3 Etický kodex práv pacientů	54
4.4 Zdravotní služby pro žadatele o mezinárodní ochranu	55

4.5	Lékařská zkouška věku žadatelů o mezinárodní ochranu.....	57
5	Empirická část	59
5.1	Metodologie.....	59
5.2	Cíle výzkumu	59
5.3	Výzkumné otázky	61
5.4	Kvalitativní výzkum	61
5.5	Polostrukturovaný rozhovor.....	62
5.6	Výběr respondentů	63
5.7	Vzorek respondentek.....	65
6	Analýza dat.....	67
6.1	Okruh – Znalost cizích jazyků	67
6.2	Okruh 2 – Frekvence setkání s pacienty odlišného kulturního prostředí.....	72
6.3	Okruh 3 – Dostupnost písemných informací v cizích jazycích	77
6.4	Okruh 4 – Využití pomůcek v cizích jazycích a moderních technologií při komunikaci s pacientem	80
6.5	Okruh 5 – Potřeba dalšího vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství	85
7	Závěr výzkumného šetření a doporučení	89
	Závěr.....	93
	Seznam použitých zdrojů	97
	Seznam zkratk.....	103
	Seznam tabulek.....	105
	Přílohy	107

Úvod

Ještě před několika lety bylo setkání našich zdravotníků s pacienty odlišných kultur možné zaznamenat především jen ze zpráv ze zahraničních vojenských misí. Naši vojenští zdravotníci byli připraveni čelit takovým výzvám, jako je odlišné zdravotní chování či specifické podoby komunikace v extrémních podmínkách. V současné době pacientů odlišných kultur v českých nemocnicích a ambulancích přibývá. Tento jev je zapříčiněn jak volným pohybem osob v rámci Evropské unie, tak zaměstnáváním cizinců, které Česká republika potřebuje pro uspokojení poptávky po pracovní síle, či v poslední době migrační situací v Evropě, do které proudí osoby ze zemí zasažených válečnými konflikty a jinými humanitárními krizemi. Všichni cizinci potřebují nejen sociální zabezpečení, ale také zdravotní péči, čímž vzniká potřeba lékařů a ošetrovatelského personálu dorozumět se s těmito cizinci.

Předchozí zkušenosti poukazují na to, že se cizinec – pacient odlišné kultury odlišuje od běžného pacienta nejen svým jazykem, ale i postoji k nemoci či reakcemi na nabízenou zdravotní péči. Potíže a nedorozumění mohou vzniknout na obou stranách, ale zdravotní personál, ať už je to lékař či zdravotní sestra, čelí výzvě, jak s takovým pacientem adekvátně jednat. V případě neúspěchu takového jednání hrozí nepochopení navrhované léčby, špatná spolupráce a v neposlední řadě neúspěšnost léčby. Důsledkem může být ohrožení zdravotního stavu pacienta, konflikty a následné právní spory.

Téma diplomové práce jsem vybrala z několika důvodů. Již při zpracování bakalářské práce *Interkulturní rozdíly na pracovišti*, jsem se částečně věnovala tématu transkulturního ošetrovatelství. Dalším důvodem je má práce ve zdravotnictví, při které navštěvuji různá zdravotnická zařízení České republiky. Díky své práci mám možnost vidět mimo jiné

rozdíly v přístupu k transkulturnímu ošetřovatelství, ať už z pohledu informovanosti, administrativní podpory či reakcí a pohotovostí zdravotníků.

Posledním důvodem byla má osobní zkušenost při poskytování zdravotní péče na Ukrajině, v zemi mého původu. Doprovázela jsem svoji matku do nemocnice na hospitalizaci a přesto, že ovládám místní jazyky, byla mým pocitem z komunikace se zdravotníky naprostá bezradnost, nepochopení postupu, chybějící informace administrativní i spojené s hospitalizací. Kulturní šok, který je také popsán v teoretické části této práce, byl následkem celého jednání. V mém případě se jednalo o obrácený kulturní šok. Na základě této zkušenosti jsem přesvědčená, že znalost pouhého cizího jazyka nestačí, je potřeba propojit veškeré principy transkulturního ošetřovatelství. Nemoc blízkého člověka vyvolává velké emoce, a pokud není k dispozici dostatek informací, je bezradnost ještě větší. Takový postup byl naprosto zbytečný a nepomohl ani zdravotníkům, ani nám, rodinným příslušníkům. Z tohoto důvodu mne zajímalo, jak jsou zdravotníci České republiky připraveni poskytnout odpovídající péči v souladu s Českou legislativou, a zvládnout potřebnou komunikaci s pacienty odlišného kulturního prostředí.

Cílem diplomové práce je na základě znalosti teorie transkulturního ošetřovatelství analyzovat reálnou praxi s pacienty odlišných kultur v rozdílných zdravotnických zařízeních České republiky. Obor transkulturního ošetřovatelství je velice obsáhlý, nicméně pro potřeby této práce postačí vybrat jednotlivé okruhy, které jsou pro transkulturní ošetřovatelství důležité. Jedná se o historii vzniku a cíle transkulturního ošetřovatelství, vzdělávání a dostupné prostředky pro komunikaci s pacienty – cizinci, vývoj počtu cizinců v ČR, nakonec i práva a povinnosti pacientů. Na základě prezentovaných teoretických okruhů budu v empirické části

ověřovat, nakolik jsou čeští zdravotníci připravení poskytovat ohleduplnou transkulturní péči ve svých zdravotnických zařízeních.

Diplomová práce obsahuje teoretickou část a empirickou část. Teoretická část prezentuje okruhy transkulturního ošetřovatelství, které jsou nezbytné pro pochopení a propojení problematiky. První kapitola definuje transkulturní ošetřovatelství a vysvětluje důvod a nutnost vzniku tohoto oboru. Zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství je Madeleine Leiningerová, která je velkou osobností tohoto oboru, jež zaznamenala potřebu cíleného přístupu k pacientům z odlišného kulturního prostředí. Dále jsou popsány cíle transkulturního ošetřovatelství, které se zaměřují na poskytnutí kulturně kompetentní péče či přípravu ošetřovatelského personálu k získání kulturních kompetencí. Nedílnou součástí teorie transkulturního ošetřovatelství je orientace a pochopení definic kultury, etnicity, kulturního šoku či akulturace.

Druhá kapitola představuje vzdělávání ošetřovatelského personálu, jež definuje zákon a podmiňuje získávání a uznávání způsobilostí k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče. Výuka transkulturního ošetřovatelství je součástí předmětu ošetřovatelství a je vyučována na většině univerzit České republiky. Rozsah výuky je znázorněn na příkladu Fakulty ošetřovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Další formou vzdělávání, která je popsána v této kapitole, je celoživotní vzdělávání, mezi které patří specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy a odborné stáže. Dále je v kapitole popsán kurz *Problematika péče o cizince*, pořádaný Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů (NZO NCO) v Brně, které je odbornou institucí pro realizaci a rozvoj dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Kapitola také doplňuje informace o dostupných publikacích a technologických programech, které jsou zdravotníkům volně k dispozici, zároveň budou součástí dotazování empirického šetření.

Třetí kapitola se věnuje cizincům v České republice. Kromě definice, kterou stanovuje zákon, kapitola představuje statistické údaje počtu cizinců dle různých zadání. Veškerá poskytnutá data jsou k 31. 12. 2015, dle nichž lze vyhodnotit počty cizinců na základě druhu pobytu, počty ošetřených cizinců či počty ošetřených cizinců podle země původu včetně nákladu na poskytnutou péči. Tato statistika je zajímavá i pro empirickou část, zda koreluje s četností setkávání s pacienty-cizinci v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Čtvrtá kapitola je zaměřená na práva pacientů ve vztahu k léčbě v České republice. Pacient má nejen práva, ale i povinnosti, například oznamovací povinnost, která vychází z povinnosti placení veřejného zdravotního pojištění. Kapitola popisuje normy, které jsou ukotvené v zákoně, například informovaný souhlas, jenž je důležitým dokumentem a je součástí výzkumného okruhu empirické části této diplomové práce. Další oblastí, se kterou může zdravotník přijít do styku a na kterou pamatuje Zákon o azylu, je poskytování zdravotní péče žadatelům o mezinárodní ochranu, při které se zdravotník může setkat s lékařskou zkouškou věku žadatele o mezinárodní ochranu či zajištění tlumočnicka po dobu vyšetření některých pacientů žadatelů o mezinárodní ochranu.

V rámci empirické části bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Toto šetření proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů, jehož cílem bylo získat individuální názory na připravenost respondentů poskytovat ohleduplnou transkulturní péči v rozdílných zdravotnických zařízeních v České republice. Zdravotník musí zvládnout velký rozsah odborné a legislativní problematiky. Pro tuto práci bylo stěžejní vyhodnotit, jak se daří v reálné každodenní praxi těmto požadavkům vyhovět. Výběr respondentů byl zaměřen na osoby, které splňují stanovená kritéria, a to v délce praxe, zařazení (lékařský či nelékařský personál), spádové oblasti pacientů-cizinců, práce v soukromém či statním zdravotnickém zařízení,

působení na oddělení či ambulanci. Tato kritéria zaručila vytvoření pestrého vzorku respondentů. Výsledný vzorek respondentů, v tomto případě respondentek, čítá pět zdravotních sester a jednu lékařku.

Prezentace získaných výsledků a doporučení jsou určena nejen široké veřejnosti, ale také odborníkům a tvůrcům vzdělávacích programů, vývojářům softwarů a aplikací, což může sloužit jako inspirace pro vytvoření technologické pomůcky pro některá pracoviště.

1 Terminologické ukotvení problematiky transkulturního ošetřovatelství

Ošetřování nemocných bylo vždy považováno za morální umění a povinnost, jež je neodmyslitelnou součástí kulturní výbavy lidstva. K základům ošetřovatelské etiky tedy patří respektování důstojnosti pacienta, čehož lze dosáhnout jen při dostatečné znalosti kulturních projevů příslušného etnika. Každý z nás je ovlivněn prostředím, ve kterém vyrůstal, a národní kulturou, v níž byl vychován. Národní kultura¹ je souborem získaných vnitřních přesvědčení, hodnot či chování. Ke kulturním projevům patří laické způsoby péče, vnímání nemocí, důležité denní rituály, stravování či vzájemné sociální vazby.

První kapitola představuje cíle a podstatu transkulturního ošetřovatelství. Obor transkulturního ošetřovatelství² zaznamenal rozvoj již v 60. letech minulého století ve Spojených státech amerických. Hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství³ je zaměřit se prakticky a teoreticky na rozdíly v péči o pacienty odlišných kultur a etnik. Dalším a důležitým cílem je příprava a výchova zdravotnického personálu, jenž bude vybaven odpovídajícími znalostmi, vnímavostí a pochopením pro pacienty odlišných etnik a kultur. Porozumění cizím kulturám je nedílnou součástí medicíny, a proto se transkulturní ošetřovatelství rozšířilo do Evropy a dalších zemí. Největší celosvětový rozvoj tohoto oboru byl zaznamenán od 80. let minulého století⁴ a je ovlivněn nejenom výzkumníky, ale i zdravotníky, kteří svoji péči o pacienty odlišných kultur ověřují modely a teoriemi transkulturního ošetřovatelství.

¹ Zeleníková, R. (2014). *Transkulturní ošetřovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 7

² Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada. s. 42

³ Zeleníková, R. (2014). *Transkulturní ošetřovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 7

⁴ Tamtéž s. 9-10

1.1 Definice transkulturního ošetrovatelství, etnicity a kultury

*„Transkulturní ošetrovatelství (angl. transcultural nursing) je komparativní, teoretický a praktický obor zaměřený holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s ohledem na rozdíly a podobnosti v jejich kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech s cílem poskytovat kulturně shodnou, citlivou a kompetentní péči a podporu ve zdraví a nemoci“.*⁵

Předpona „trans“⁶ symbolizuje překročení nějaké hranice – v případě ošetrovatelství se jedná o překonání jazykové či kulturní bariéry s cílem poskytnutí kvalitní a odpovídající péče. Aby bylo možné zvládnout osvětu v transkulturním ošetrovatelství a vymezit kompetence sestry v českém zdravotnickém prostředí, je třeba definovat a ujasnit, co se pod pojmem kultura a etnicita rozumí.

Etnicita nemá jednoznačnou definici, na toto téma je možné očekávat bouřlivou diskuzi. Jedna z možných definic je: *„Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních a duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu. Každé etnikum se vyznačuje svou vlastní etnicitou. Pokud má být cílem multikulturního vzdělávání poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika – nositele těchto kultur“.*⁷

Menšinová skupina obyvatel, která je kulturně odlišná od většinové společnosti, je označována za etnickou skupinu⁸. Sounáležitost jednotlivce s etnickou skupinou se projevuje sdílením stejných postojů, zvyklostí či hodnotového systému. Projev etnické příslušnosti či národní hrdosti může

⁵ Zeleníková, R. (2014). *Transkulturní ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 6

⁶ Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. s. 37

⁷ Průcha, J. (2001). *Multikulturní výchova. Teorie, praxe, výzkum*. s. 18.

⁸ Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. s. 20

být v různé intenzitě, závisí především na tom, zda je uvědomována a proklamována ze svobodné vůle.

Velký sociologický slovník definuje kulturu jako: „*souhrn prostředků a mechanismů specifické lidské adaptace k vnějšímu prostředí. Představuje program činnosti jednotlivců a skupin, který je fixovaný sociokulturními stereotypy a předávaný prostřednictvím kulturního dědictví*“.⁹

Kultura je produktem učení, tvoří ji především společenská pravidla, zvyky a postupy, jež se přenáší z rodičů na děti, následně pak na další generace. Tato společenská pravidla mohou být dále generacemi průběžně modifikována či úplně vyloučena.

V případě transkulturního ošetřovatelství je důležité pochopit, jak přistupovat k onemocnění pacientů odlišných kultur. V některých kulturách může být onemocnění vnímáno odlišně. Toto vnímání¹⁰ může ovlivnit i jiný faktor, například v Británii a USA je považován nízký krevní tlak za důvod delšího života, a dokonce ovlivňuje výši zdravotního pojištění. Oproti tomu v Německu je nízký krevní tlak považován za zdravotní komplikaci, kterou je možné ovlivnit pomocí odpovídající medikace. Některé kultury nemusí uznávat moderní medicínu, tím pádem zdravotník, jenž nebude s tímto kulturním faktem obeznámen, může mít potíže při poskytnutí z jeho pohledu hodnotné a smysluplné léčby.

1.2 Kultura a reagování na bolest

Z klinické zkušenosti se potvrdil vliv kulturních odlišností, které mohou zasahovat do procesu ošetřování, jako je například reagování na bolest.¹¹ To, jak člověk vnímá bolest, může být ovlivněno předchozí zkušeností s bolestí, dále také tím, jak bolest chápe. Svou roli sehrává i prostředí, ve kterém

⁹ Velký sociologický slovník. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. s. 548-549

¹⁰ Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2007). *Kultury a organizace: software lidské mysli: spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Praha: Linde. s. 139

¹¹ Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. s. 165

jednotlivci vyrůstají. Bolestivost některých kulturních rituálů může tyto pacienty zocelit, a proto budou svou bolest spíše skrývat, než ji verbálně či neverbálně projevovat. Není možné spolehnout se na teoretické přiřazování vlastností určitým skupinám, jelikož i zástupci jednotlivých kultur jsou odlišné osobnosti a nelze uplatňovat paušalizovaný názor na jakoukoli oblast.

Kolektiv autorů z Ostravské univerzity¹² se pokusil vyhodnotit přístup k bolesti u jednotlivých představitelů různých kultur. Zkušený zdravotník má však určité osobní zkušenosti s pacienty pocházejících z odlišných kultur, a proto s tímto rozdělením nemusí souhlasit. Pokud níže uvedený přehled nebude vnímán jako paušální názor na všechny pacienty dané kultury, ale spíše jako nejčastěji objevené rozdíly v chování u dospělých příslušníků různých kultur, mohou být níže uvedené informace nápomocné při výuce i v praxi zdravotního personálu.

¹² Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. s. 165

Tabulka 1: Rozdíly v chování u dospělých příslušníků různých kultur

Národní kultura	Komunikační chování při bolesti
Vietnamci	Při prožívání bolesti zůstávají klidní, dokonce se mohou i usmívat. (Úsměv ve vietnamské kultuře nevyjadřuje pouze pocity veselí, ale také verbálně nevyjádřené rozpaky či odmítání).
Arabové	Prožívání bolesti je vyjadřováno intenzivně verbálně i neverbálně a velmi emotivně, zvláště v přítomnosti členů rodiny.
Španělé	Snášejí bolest velice špatně a s množstvím verbálních projevů. Požadují medicínské odstranění bolesti.
Němci	Bolest je tolerována, pokud je součástí léčebného procesu.
Finové	Jsou ochotní mluvit o bolesti, kterou prožívají, ale neprojevují ji navenek.
Češi	Podobně jako Slováci, Poláci, Maďaři jsou zvyklí hodnotit intenzitu bolesti navenek.

Zdroj: Kolektiv autorů: Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče.¹³

Kromě orientačního přístupu k bolesti pacientů odlišných kultur, musí brát zdravotník ohled i na další rozdělení bolesti. Bolest¹⁴ je dělená na několik základních typů, jako je psychogenní bolest, která nesouvisí s morfologickým poškozením tkáně, ale s poruchou zpracování nebolestivých informací. Pacienti, jež trpí psychogenní bolestí, nejčastěji trpí psychologickými problémy či jsou diagnostikováni psychiatrickým onemocněním dle MKN-10¹⁵. Oproti tomu je nociceptorová bolest¹⁶ důsledek chronického zánětu či degenerativního poškození tkáně. Pacient může trpět centrální a periferní bolestí, jež vzniká při poškození centrálních a periferních nervů, nejčastěji poraněním, napnutím či zánětem. Z časového pohledu rozděluje medicína bolest na akutní, která trvá krátce a obvykle má jasně identifikovatelný důvod, a chronickou bolest, která je často nezávislá

¹³ Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. s. 165-166

¹⁴ Kopáčiková, M., Cetlová, L., & Stančiak, J. (2012). *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. s. 172-174

¹⁵ Mezinárodní klasifikace nemocí

¹⁶ Kopáčiková, M., Cetlová, L., & Stančiak, J. (2012). *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. s. 172-173

na původní příčině bolesti a může trvat 3 až 6 měsíců. Doprovodný nežádoucí efekt chronické bolesti je nespavost, podrážděnost, zácpa, bolestivé chování a sociální izolace. Chronická bolest výrazně snižuje kvalitu života pacienta. Dalším druhem bolesti je Fantomová bolest¹⁷, jež se vyskytuje u pacientů po amputaci, kdy pacient cítí skutečnou bolest na chybějící části těla.

Pro vyhodnocení bolesti využívají zdravotníci různé obrázkové či numerické škály bolesti¹⁸, které výrazně pomáhají získat hodnotný subjektivní údaj.

1.3 Kulturní šok a akulturace

Kulturní šok obvykle zažívají lidé po příchodu do cizího a neznámého prostředí. Ze začátku pobytu mohou být změny vnímané pozitivně až euforicky, ale posléze může pozitivita klesnout. Hofstede popisuje kulturní šok jako: *„návštěvníka cizí země k návratu do duševního stavu dítěte, které se musí znovu naučit krom cizího jazyka i ty nejjednodušší věci. To obvykle vede k pocitu rozhořčení, bezmoci a nepřátelství k novému prostředí. Často dochází i k ovlivnění tělesných funkcí. Osoby na dlouhodobém pobytu v cizině potřebují více lékařské péče krátce po přemístění než předtím či později.“*¹⁹

Kulturní šok a zdravotní následky s ním spojené bývají v některých případech tak závažné, že se doporučuje zvážit předčasné ukončení zahraničního pobytu. Návrat cizince do známého prostředí pomáhá překonat některé neduhy, které jsou často psychosomatického původu. Na Ukrajině je často používané přísloví – *stěny léčí*, což se dá přeložit, že ve známém prostředí, kde dobře chápou naše potřeby, dochází ke zlepšení subjektivního pocitu. Po delším pobytu v zahraničí může být

¹⁷ Kopáčiková, M., Cetlová, L., & Stančiak, J. (2012). *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. s. 174

¹⁸ Tamtéž s. 183-184

¹⁹ Hofstede, G (2007). *Kultury a organizace. Software lidské mysli*. Praha: Linde nakladatelství. s. 244

návrat do vlasti kulturním šokem, což také způsobí stejné stavy pocitu bezmoci či zhoršení zdravotního stavu jako při šoku kulturním.

Akulturační proces²⁰ je sociální proces, při kterém dochází ke kulturním změnám trvalým vlivem jiných kultur. Jedinec překonává komunikační a existenční nástrahy, zvládá se začlenit a pochopit kulturní pravidla nové vlasti pomocí akulturačního procesu. Akulturační proces²¹ probíhá ve dvou fázích, přičemž v první fázi probíhá selekce prvků jiné kultury a zamítnutí jiných. Druhá fáze postupně osvojuje, modifikuje a také přizpůsobuje vybrané prvky ke své vlastní kultuře.

Ve velkých městech, jako je Brno či Praha, je velký výskyt pracujících cizinců, proto zde pomáhají zvládnout zdárnou akulturaci komerční či nekomerční organizace, které poskytují cizincům nejen poradenství, ale i příležitost se sociálně začlenit, poznat kulturní zvyklosti nové země. Činnost těchto organizací je přínosná i z pohledu transkulturního ošetřovatelství, jelikož poskytují svým klientům důležité informace i v oblasti zdravotnictví. Činnosti těchto organizací budou popsány v empirické části této diplomové práce.

1.4 Komunikace v interkulturním prostředí

Komunikace je sdělování informace prostřednictvím různých signálů a prostředků, a to buď ústně, písemně, mimikou, gesty.²² Průcha²³ je přesvědčen, že existují dvě vrstvy komunikace. Jedna je spjatá s jazykem samotným, ta druhá vychází z tradic a rituálů, které doprovází sociální jazyk. Druhá vrstva je označována jako komunikační etiketa. Potíže vzniknou, pokud není propojena znalost jazyka s komunikační etiketou.

²⁰ Průcha, J. (2010). *Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]* (3. vyd.). Praha: Portál. s. 49

²¹ Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. s. 27-28

²² Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén. s. 11

²³ Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. s. 42

Častá nedorozumění vznikají při pozdravech, používání titulů, vyjadřování či skrývání emocí.

Různé společnosti, jež vysílají své zaměstnance do zahraničí, nepodceňují přípravu interkulturní komunikace. Vhodná příprava je dle Hofstede²⁴ dostatečné seznámení s geografii, částí historie, kulturními zvyky, hygienou doplněná praktickými radami.

Pro českého zdravotníka, který se setkává s pacientem z odlišného kulturního prostředí, je důležité znát hlavní body komunikační etikety. Nepředpokládá se, že každý zdravotník bude mít jazykové znalosti, které je ovšem možno kompenzovat pestrou škálou dostupných komunikačních pomůcek a programů. Komunikační karty mohou zdravotníci vytvořit dle potřeb vlastního pracoviště a použít dostupné obrázky či fotografie.²⁵ Komunikační karty jsou také k dispozici na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Další možností, jak s pacientem odlišné kultury komunikovat, je využití tlumočnicků. Některá nemocniční zařízení mají k dispozici seznam interních tlumočnicků, nejčastěji jiných zaměstnanců lékařských či nelékařských profesí²⁶. Tlumočení může být zajištěno také třetí stranou, ale vzhledem k vysoké ceně to bývá využíváno méně. Další možností je vlastní tlumočení, které je zajištěno členy rodiny či přáteli, ovšem je potřeba brát ohled na to, že takoví tlumočníci nejsou vždy schopní správně překládat medicínské výrazy, což může způsobit rizika pro diagnostiku nemoci a stanovení správných léčebných postupů²⁷.

²⁴ Hofstede, G. (2007). *Kultury a organizace: software lidského myslí: spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Praha: Linde s. 269-271

²⁵ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., & Halmo, R. (2006). *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. s. 78

²⁶ Tamtéž s. 79

²⁷ Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. s. 168

1.5 Vznik transkulturního ošetrovatelství

Za zakladatelku a významnou osobnost transkulturního ošetrovatelství je považována profesorka Madeleine Leiningerová²⁸ (1925-2012). Leiningerová začínala svoji profesní dráhu na dětské psychiatrii jako zdravotní sestra. Zaznamenala, jak kultura jejich dětských pacientů ovlivňuje jejich chování a ovlivňuje péči o ně. Jednalo se o pestrou skladbu dětských pacientů afrického, německého či židovského původu. V 60. letech minulého století v rámci rozvoje antropologického výzkumu prováděla Leiningerová svůj první výzkum na Nové Guinei.

V následujících letech si Leiningerová doplnila svoje vlastní vzdělávání, publikovala, vyučovala a obohacovala tento obor o nové postupy či modely. Například *Model vycházejícího slunce*²⁹ pomáhá zdravotníkům pochopit a posoudit pacienta, jenž má odlišné potřeby spojené s jinou kulturou. Tento model se stal standardem v postupech zdravotníků a je vyučován v předmětech multikulturní či transkulturní ošetrovatelství bakalářských programů.

Leiningerová byla velice aktivní: vypublikovala více než 30 knih, více než 200 článků a přednesla přes 1500 přednášek³⁰. Založila Výbor pro ošetrovatelství a antropologii, Společnost transkulturního ošetrovatelství a také Časopis transkulturního ošetrovatelství. Leiningerová byla nominována na Nobelovou cenu za zásadní objev a pokrok ve zdravotnických disciplínách.³¹

1.6 Koncepte teorie transkulturního ošetrovatelství

Teorie transkulturního ošetrovatelství a její koncepte jsou znázorněné, popsáné a vysvětlené prostřednictvím *Modelu vycházejícího slunce*. Tento

²⁸ Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. s. 42

²⁹ Tamtéž s. 46

³⁰ Zeleníková, R. (2014). *Transkulturní ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 11

³¹ Tamtéž s. 11

model, který vytvořila Leiningerová, se stal standardem pro výuku transkulturního ošetřovatelství.

První úroveň³² modelu je nejabstraktnější a zahrnuje filozofický pohled, který je těžké paušalizovat. Další úrovně se zaměřují na konkrétní okruhy, jež jsou rozhodující pro poskytnutí ohleduplné péče. Například ve druhé úrovni se zkoumá kulturní postoj nemocného k péči o zdraví, což lze spojit s kulturním vnímáním nemocí. Každá úroveň doplňuje informace o nemocném a jeho kultuře, což pomáhá přizpůsobit léčbu tak, aby pacient i jeho rodina doporučenou léčbu dodržovali. Čtvrtá úroveň je nejméně abstraktní a je zaměřená na konkrétní cíle.

Tabulka 2: Úrovně modelu vycházejícího slunce

1. úroveň	Zahrnuje filozofický názor a úroveň sociálního systému, které se řadí nad kulturu.
2. úroveň	Obsahuje poznatky o jedincích, rodinách, skupinách a situacích v odlišných zdravotnických systémech a určuje kulturně specifické a významné vztahy k péči o zdraví.
3. úroveň	Poskytuje charakteristiky každého systému a specifické rysy každé péče.
4. úroveň	Zahrnuje rozhodování a poskytování ošetřovatelské péče v oblastech zachování nebo udržování kulturní péče, přizpůsobování nebo vyjednávání kulturní péče, tvorbu nových nebo restrukturalizaci existujících kulturních vzorců. Na čtvrté úrovni se rozvíjí transkulturní ošetřovatelství tak, že je poskytovaná péče shodná s hodnotami kultury, ke které pacient/klient patří.

Zdroj: Pavlíková, S (2006). Modely ošetřovatelství v kostce. ³³

1.7 Cíle transkulturního ošetřovatelství

Hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytnout kulturně kompetentní péči. Pro dosažení tohoto cíle je potřeba připravit a soustavně vzdělávat ošetřovatelský personál. Získat kulturní kompetence není možné

³² Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing. s. 36-38

³³ Pavlíková, S (2006). *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. s. 69

v krátké době. Proces je dlouhodobý a vyžaduje osobní zájem a přístup³⁴. Sebeanalýza umožní uvědomění a vnímavost ke své vlastní identitě, hodnotám a tradicím. Vzdělávání teorie transkulturního ošetrovatelství vytvoří vědomostní základnu kompetentní kulturní péče. Nakonec posouvá zisk osobní pracovní zkušenost ve vlastní zemi či v zahraničí takové kulturní kompetence, které pomůžou překonat kulturní rozdíly při poskytování zdravotní péče.

Žádoucím výstupem celého procesu je multikulturně kompetentní zdravotník, jenž dokáže eliminovat předsudky, zvládá empaticky posoudit chování pacienta, má pochopení a úctu k jiné kultuře či odlišnému chování. Pracuje na sobě a rozvíjí chybějící profesní kompetence v rámci celoživotního vzdělávání.

³⁴ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., & Halmo, R. (2006). *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. s. 49

2 Vzdělávání ošetrovatelského personálu

Druhá kapitola se věnuje vzdělávání zdravotníků. Cílem kapitoly je představit výuku transkulturního ošetrovatelství v prostředí konkrétní vysoké školy a v rámci celoživotního vzdělávání. Dále představit dostupné publikace, příručky a technologické pomůcky, jako jsou počítačové programy a aplikace. Tyto pomůcky byly součástí kurzu transkulturního ošetrovatelství celoživotního vzdělávání a jsou zaměřené na pomoc zdravotníků při komunikaci s pacientem-cizincem. Empirická část této diplomové práce bude také zkoumat, zda zdravotníci publikace a pomůcky znají a používají je při své práci.

Ošetrovatelský personál se řídí zákonem č. 96/2004 Sb.³⁵, jenž definuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče a o změně některých souvisejících zákonů, v tomto případě zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

Každé povolání je doplněno popisem kompetencí, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon upravuje podmínky získávání potřebných kompetencí k výkonu činností, ale také upravuje vzdělávání v akreditovaných kvalifikačních kurzech, certifikovaných kurzech celoživotního vzdělávání a také registr pracovníků nelékařských zdravotnických povolání, kteří jsou oprávněni vykonávat své povolání samostatně bez odborného dohledu.

V roce 2016 byla zahájena novelizace zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Cílem novely bylo rozšířit především možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání zkráceným studiem, umožnit vykonávání povolání bez odborného dohledu, zrušit kreditní systém, který slouží ke kontrole celoživotního vzdělávání. Tato novelizace je velmi důležitá, jelikož svazovala ruce některým zájemcům k dosažení

³⁵ Šustek, P., Holčapek, T. a kol. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 105

potřebné kvalifikace a výkonu povolání. V dnešní době, kdy je velký nedostatek lékařského a nelékařského personálu, je potřeba na vzniklé požadavky pružně reagovat.

2.1 Transkulturní ošetrovatelství – výuka na vysokých školách

Výuku ošetrovatelství poskytuje většina univerzit v České republice. Předmět ošetrovatelství je rozšířen o transkulturní ošetrovatelství a je ukončen zkouškou nebo kolokviem.

Fakulta ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně se také věnuje výuce transkulturního ošetrovatelství. Teoretická část výuky zahrnuje:³⁶

- ošetrovatelský proces;
- etické aspekty a komunikace;
- legislativní rámec;
- mezinárodní ochranu, azylové a detenční zařízení;
- národnostní menšiny a etnické skupiny žijící na území České republiky.

Na teoretickou část výuky navazuje seminář, který je ukončen zápočtem. Udělení zápočtu je podmíněno nejen docházkou na výuku, ale také aktivitou v průběhu výuky a zpracováním prezentace na přidělené téma. Po absolvování semináře by měl být jeho absolvent schopen aplikovat s použitím koncepčního modelu své vědomosti a případně i zkušenosti z praxe v ošetrovatelství při poskytování péče osobám pocházejícím z odlišného kulturního prostředí a žijícím v České republice. V předchozí kapitole byl popsán koncepční *Model vycházejícího slunce*. Dalším modelem, který je používán v transkulturním ošetrovatelství, je koncepční *Model*

³⁶ MUNI: Transkulturní ošetř. – před. – Informace o předmětu. *Veřejné služby Informačního systému [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/predmet/med/podzim2017/MIKTO031p>*

*kulturně ohleduplné péče*³⁷ Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové. Autorky se inspirovaly modelem vycházejícího slunce a doplnily některé chybějící oblasti. Model zohledňuje také kulturní diverzitu, je rozdělen na šest oblastí, pomocí kterých ošetřovatel hodnotí zdravotní stav pacienta, čímž zefektivňuje výběr vhodných ošetřovatelských postupů. Každá oblast má doplňující podoblasti, které pomáhají získat o pacientovi co nejvíce informací.

Oblasti jsou rozdělené na:

- komunikaci;
- vnímání prostoru;
- sociální začlenění;
- pojetí času;
- vliv prostředí a výchovy;
- biologické odlišnosti.

Například oblast biologických odlišností je důležitá z pohledu správné indikace léčby. Výzkum lidského genomu prokázal, že 99,9 % genů je shodných pro všechny lidi, ovšem 0,1 % genů je rozdílných.³⁸ Tento rozdíl může způsobit rozdílnou rychlost metabolismu léků u některých etnik. Je také zkoumána větší náchylnost na některé choroby u různých etnik.

Studenti fakulty se věnují vztahu kultury a spirituality. Očekávaný výstup je porozumění vlivu víry, náboženství, kultury, hodnot a zvyků, se kterými se ošetřovatel může setkat během praxe.

³⁷ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., & Halmo, R. (2006). *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. s. 51-52

³⁸ Tamtéž s. 52-53

2.2 Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání je podle zákona č. 96/2004 Sb. §54³⁹ primární pro veškerý zdravotnický personál a jiné odborné pracovníky. Formy celoživotního vzdělávání jsou také upraveny v zákoně. Mezi takové formy patří specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy a odborné stáže. Zákon pamatuje také na publikační, pedagogickou a vědeckou činnost, samostatné studium apod.⁴⁰

Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání je kontrolováno přehledem získaných kreditů. Vyhláška č. 423/2004 Sb. definuje, že „získání stanoveného počtu kreditů je podmínkou pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a pro přihlášení se k atestační zkoušce“.⁴¹

Nyní došlo ke zrušení kreditního systému, což má svá pro a proti. Pozitivní je skutečnost, že zdravotník bude volit celoživotní vzdělání dle zájmu, ne dle počtu kreditů. Dosud byla častá praxe, kdy se zdravotníci účastnili některých vzdělávacích aktivit jen kvůli certifikátu s kredity za účast. Důvodem byl fakt, že počet získaných kreditů za určité období rozhodoval, zda bude možné vykonávat zdravotnické povolání. Nevýhodou této změny je dosud neurčený postup evidence absolvovaného celoživotního vzdělávání.

Odbornou institucí pro realizaci a rozvoj dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví je Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů (NZO NCO)⁴², jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. NZO NCO je akreditovaným pracovištěm s celorepublikovou působností, poskytuje širokou škálu specializačního

³⁹ Zákon č. 96/2004 ze dne 01. 04. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

⁴⁰ Šustek, P., Holčapek, T. a kol. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 117

⁴¹ Vyhláška č. 423/2004 Sb.

⁴² Akreditované vzdělávací programy – nconzo.cz. [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/akreditovane-vzdelavaci-programy>

vzdělávání. Nabídka kurzů je rozdělená na e-learning, akreditované vzdělávací programy, certifikované kurzy a kurzy specializačního vzdělávání. Národní centrum také organizuje aprobační zkoušky, které jsou podmínkou k výkonu zdravotnického povolání pro zahraniční zdravotníky v České republice.

2.3 Kurz problematika péče o cizince NZO NCO

Kurz *Problematika péče o cizince*, jenž poskytuje NZO NCO v Brně, se zabýval transkulturním ošetřovatelstvím, migrací a možnými zdravotními riziky s ní spojenými, mezinárodním humanitárním právem či sociální prací v azylových zařízeních ČR. Kurz byl hodnocen čtyřmi kredity. Cena kurzu byla 650 Kč a trval 6 hodin. Kurzu jsem se osobně zúčastnila. Hlavním cílem bylo seznámit se s jeho obsahem a zajistit si tak výchozí oporu pro empirickou část. Rozhovory v empirické části navazují na jednotlivá témata, jež zazněla v kurzu. Především se jednalo o komunikační oblast, legislativní informovanost a propojení koncepčního modelu v běžné praxi.

Program kurzu koreluje se šesti oblastmi koncepčního modelu Joyce Newman Gigererové a Ruth Davidhizarové, o kterém se již zmiňovala tato kapitola.

První přednášející PhDr. Natália Beharková, Ph.D. seznámila účastníky s obsáhlou problematikou transkulturního ošetřovatelství. Zajímavé bylo teoretické a následně i praktické propojení, co vše musí obezřetný zdravotník zvládnout, aby pacienta-cizince pochopil. Oblasti, na které přednášející apelovala, jsou obsažené v koncepčním modelu. Navíc jsou doplněné o informace týkající se druhu pobytu, zaměstnání, výživě a náboženství pacienta-cizince. Tyto oblasti jsou odpovědí na otázku „co brát v úvahu při ošetření/stanovení diagnózy pacienta“.

Dalším důležitým přehledem pro zdravotníky pro využití v praxi byly tipy pro obtížnou komunikaci a přehled pomůcek určených pro komunikaci

s pacientem. Byli jsme seznámeni s komunikačními kartami a aplikací REBO, Universal Doctor Speaker, kterou je možné použít v mobilním telefonu či tabletu. Zkušenosti ze zahraničí předpovídají masovou expanzi techniky a elektronických pomůcek do zdravotnických zařízení. V rámci diskuze byly zaznamenány znatelné rozdíly a zkušenosti účastnic kurzu. Některá zdravotnická zařízení již využívají tablety na oddělení a pochvalují si rychlou dostupnost informací. Dalším benefitem, jenž účastnice uvedly, byla možnost jednoho záznamu do karty pacienta, který byl následně dostupný jak v počítači, tak i v tabletu, což umožňovalo flexibilitu sester na oddělení.

Z mého pohledu chyběl v této části kurzu praktický výstup, jak řešit administrativní záležitosti s pacientem, jenž nerozumí komunikačnímu jazyku zdravotnického personálu. Tím může být informovaný souhlas pacienta, který je nezbytný pro některé druhy vyšetření.

Mgr. Marcela Borská prezentovala příspěvek Sociální práce v přijímacím středisku pro cizince. Na úvod bylo vysvětleno rozdělení azylových zařízení pro cizince, která spravuje Správa uprchlických zařízení⁴³ a spadají pod Ministerstvo vnitra ČR – přijímací, pobytové, detenční a dětská zařízení, jako je například Zařízení pro děti-cizince. Všichni žadatelé o mezinárodní ochranu procházejí zdravotní prohlídkou ve smluvním zdravotnickém zařízení Ministerstva vnitra ČR, čímž nevyhnutelně dochází k propojení s transkulturním ošetřovatelstvím.

MUDr. František Beňa, jenž pracuje ve Zdravotnickém zařízení Ministerstva vnitra ČR, seznámil účastníky s tématem migrační vlna a možná zdravotní rizika s ní spojená. Nejčastější problém, který vzniká při interakci s pacientem-cizincem, je získání kompletní rodinné anamnézy. Rodinná anamnéza je pro zdravotníka velmi důležitá, pokud není poskytnutá, je potřeba provést některá doplňující vyšetření. Náročná je také

⁴³ Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV. *Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV*, 2017 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.suz.cz/>

koordinace a provedení potřebných vstupních vyšetření do 72 hodin od vstupu cizince do přijímacího střediska pro cizince.

Bc. Jitka Fikarová seznámila účastníky s mezinárodním humanitárním právem. Oblastí, která doplňuje všechny výše zmíněné oblasti. Výklad byl demonstrován na příbězích cizinců, kteří buď úspěšně absolvovali cestu do nové vlasti, anebo uvízli na dlouhá léta v zařízeních pro cizince.

Celkem se kurzu zúčastnilo 14 osob pracujících v různých zdravotnických zařízeních České republiky. Většina zúčastněných projevovala zájem o doplňující kazuistiky některých pacientů. Skladba účastníků profilovala osoby, které mají zájem o transkulturní ošetřovatelství a pracují ve zdravotnických zařízeních, kde je častý výskyt takových pacientů. Kurz si vybraly dobrovolně podle toho, na který jim přispěl zaměstnavatel a uvolnil je ze zaměstnání. Tři účastnice si kurz hradily samy. V jejich případě se, stejně jako i v mém, jednalo o vědeckou práci a přípravu na výzkum v oblasti transkulturního ošetřovatelství.

2.4 Publikace Rádce pacienta

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo publikaci nazvanou *Rádce pacienta*. Tato publikace má úlohu pomocníka pro pacienty při orientaci ve světě zdravotnictví, především se zaměřením na poskytování zdravotnických služeb. Pacient je informován o svých základních právech, ale i povinnostech. Publikace⁴⁴ je rozdělena do devíti kapitol a poskytuje informace o veřejném zdravotním pojištění, zdravotnických zařízeních, preventivních prohlídkách, očkování a rozsahu zdravotní péče. Publikace také poskytuje důležité kontakty na zdravotní zařízení, zdravotní pojišťovny a patientské organizace. Důležité jsou přílohy – příklady dokumentů,

⁴⁴ Rádce pacienta. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html

se kterými se je pacient povinen seznámit a podepsat, jedná se o informované souhlasy a nesouhlasy.

Publikace je k dispozici v elektronické podobě na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR a je volná ke stažení. Tištěná verze publikace *Rádce pacienta* je k dispozici prakticky ve všech zdravotnických zařízeních České republiky, anebo je k dispozici na vyžádání.

V roce 2016 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo publikaci *Rádce pacienta* také v anglickém jazyce, slouží především cizincům, kteří dlouhodobě pobývají v České republice. Publikace je používána na pracovištích, kde je větší výskyt zaměstnanců z ciziny či komerčních a nekomerčních organizací, které poskytují informace spojené s pobytem takovým zaměstnancům.

2.5 Komunikační karty

Ministerstvo zdravotnictví ČR připravilo pro lékařské i nelékařské profese také tzv. komunikační karty. Cílem komunikačních karet je usnadnit komunikaci s pacienty-cizinci a předcházet komunikačním chybám. Pro použití komunikačních karet je potřeba tablet či počítač. Komunikační karty je možné vytisknout a zatavit do folie, zde ale vnímám nevýhodu velkého objemu vytištěných stránek. Je možné redukovat objemy tištěných komunikačních karet výběrem potřebné specializace a často používaných jazyků. Praktická a mobilní je kombinace tabletu a často používaných tištěných karet (piktogramů a obrázků). Některá zdravotnická zařízení již používají moderní techniku a dostupné technologie pro komunikaci či běžnou evidenci v průběhu dne.

Komunikační karty⁴⁵ pro pacienty-cizince a zdravotníky vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR jsou k dispozici v devíti jazykových mutacích (v angličtině, bulharštině, němčině, rumunštině, ruštině, vietnamštině a španělštině).

Dále jsou komunikační karty rozdělené do pěti tematických oblastí:

- gynekologie a porodnictví;
- dětské lékařství;
- ošetrovatelství;
- vnitřní lékařství;
- seznam obtíží a strava.

Komunikační karty obsahují ke každé tematické oblasti soubor otázek v českém jazyce a fonetický přepis do cizího jazyka.

Komunikační karty je možné připravit pro každé pracoviště dle jeho vlastních potřeb. Jedná se ovšem o vlastní iniciativu zdravotníků, výše zmiňované komunikační karty vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR mohou posloužit jako inspirace.

2.6 Aplikace a programy

Aplikace REBO⁴⁶ je určená pro použití v PC a umožňuje rychlý překlad mezi lékařem/ošetřovatelem a pacientem. Nejedná se o slova, ale o celé věty, čímž může aplikace částečně nahradit tlumočnicka. Nápad vznikl právě na základě zkušeností, kdy komunikaci mezi pacientem a lékařem pomocí telefonu tlumočil další spolupracovník ovládající potřebný jazyk.

REBO se zaměřuje na málo rozšířené jazyky, u kterých může být složitější sjednat tlumočnicka. Úvodní rozdělení je dle pohlaví pacienta, následně je možno vybírat z nabídky jazyků (anglický, německý, maďarský,

⁴⁵ Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_1725_1.html

⁴⁶ Rebo. Rebo [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://rebo.rebomedic.ch/>

slovenský, turecký, vietnamský, ruský, aramejský, čínský, italský a polský), poté okruh, který je potřebný: všeobecně, osobní anamnéza, čas, čísla, bolest, oblečení, vylučování, terapie, úraz a další.

Tato aplikace může být velkým přínosem, ale rozšířenějšího použití se zřejmě dočká až po masovějším využití moderní techniky ve zdravotnických zařízeních například díky tabletům. Komunikace s pacientem bude snadnější, pokud zdravotník pohotově zareaguje na podnět, když bude mít po ruce nástroj, jenž umožní komunikaci mezi nimi.

Tým spolupracovníků REBO připravuje knihu⁴⁷, která bude obsahovat ilustrace a piktogramy spojené s komunikací ve zdravotnickém zařízení. Tvůrci slibují možnost širšího využití knihy, a to u všech pacientů, jež mají potíže s komunikací. Jedná se o pacienty se sluchovým postižením či pacienty po cévní mozkové příhodě.

Oproti aplikaci REBO je aplikace Universal Doctor Speaker⁴⁸ určená jak pro PC, tak pro chytré telefony a tablety umožňující off-line režim. Výhodou aplikace je mobilita a rychlost komunikace s pacientem v jeho jazyce. Zdravotník může vybírat ze 17 cizích jazyků. Velkou výhodou je možnost přehrání otázky ve vybraném jazyce.

Aplikace Universal Doctor Speaker vznikla ve Španělsku a jejím původním záměrem bylo pomoci lékařům a ošetřovatelům snadněji komunikovat s uprchlíky ve stávající uprchlické vlně. Nyní se tato aplikace používá v nemocnicích, je přizpůsobená konkrétním potřebám těchto zdravotnických zařízení. Zároveň je na základě zvolených potřeb a jazyků zpoplatněna.

⁴⁷ Rebo. [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: https://www.rebomedic.ch/pages/cs/kniha_rebo

⁴⁸ How it works, 2015 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.refugeespeaker.org/how-it-works.html>

Zkušenosti z aplikací Universal Doctor Speaker jsou v České republice minimální. Aplikace je využívána hlavně v zahraničí. Povědomí o této aplikaci je možné získat v kurzu celoživotního vzdělávání či díky referencím zdravotníků, kteří byli na různých zahraničních misích, jako jsou Lékaři bez hranic, a proto tuto aplikaci používají i nyní.

3 Cizinci v ČR

Za posledních dvacet let prošla Česká republika značnými změnami. Po roce 1989 se Československo, posléze Česká republika, stalo cílovou zemí pro cizince. Hlavními důvody způsobující migraci jsou konflikty či humanitární krize v zemích původu, ekonomické důvody, sloučení rodin. Občané bývalé Jugoslávie utíkali do České republiky před válečným konfliktem. Ukrajinští občané jsou motivováni lepšími ekonomickými podmínkami. Slovenští občané přicházejí ze studijních a pracovních důvodů. Cizinci různého původu nacházejí pracovní místa v nadnárodních firmách či v České republice nachází dobré podmínky k podnikání.

Zákon č. 326/1999 Sb. §1⁴⁹, o pobytu cizinců definuje cizince jako fyzickou osobu, která není státním občanem České republiky. Jedná se zpravidla o občany zemí Evropské unie a také občany tzv. třetích zemí⁵⁰. Takový cizinec může pobývat na území České republiky přechodně nebo trvale, a to za účelem práce, studia nebo sloučení rodiny.

Cizinec, který splní podmínky dané zákonem č. 186/2013 Sb. §3⁵¹, o státním občanství, může získat české občanství. Taková osoba již není vedena ve statistice o cizincích pobývajících na území České republiky.

Třetí kapitola představuje počty cizinců získaných na základě statistických údajů k 31. 12. 2015. Statistické údaje jsou rozčleněné dle druhu pobytu či počtu ošetřených cizinců. Pro účely diplomové práce jsou údaje o počtech cizinců k 31. 12. 2015 dostačující, jelikož ve srovnání s předchozími lety počty cizinců na území České republiky vzrůstají. Pokud vzrůstají počty cizinců na území České republiky, dá se očekávat i zvýšený výskyt

⁴⁹ Zákon 326/1999 Sb. ze dne 01. 01. 2000, o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

⁵⁰ Občanem třetí země je občan státu, který není členem EU a není zároveň občanem Islandu, Lichtenštejnska, Norska a Švýcarska.

⁵¹ Zákon 186/2013 Sb. ze dne 01. 01. 2014, o státním občanství České republiky a o změně některých zákonů.

pacientů-cizinců v českých zdravotnických zařízeních a také zvýšená nutnost orientace na takového pacienta.

Statistické údaje nabízí přehled počtu ošetřených cizinců dle země původu. Empirická část této diplomové práce se také zaměřuje na původ ošetřených pacientů. Velké rozdíly ve skladbě pacientů respondentů jsou patrné z regionálních důvodů, zaměření zdravotnického zařízení, nabídky zaměstnání pro cizince atd.

3.1 Statistické údaje

Dle zveřejněných statistik se k 31. 12. 2015 na území České republiky zdržuje přes 450 000 cizinců s povolením ke krátkodobému či trvalému pobytu.⁵² V údajích nejsou zahrnuti cizinci, kteří požádali a splnili podmínky stanovené Ministerstvem vnitra ČR a již nabyli české občanství. U takových osob se očekává znalost českého jazyka, jelikož je to jedna z podmínek nabytí českého občanství.

Dále jsou národnostní menšiny, které se narodily a žijí na území České republiky, tj. mají české občanství, ale mají své silné kulturní vzorce, které by mohly vést k nepochopení či nedorozumění. Tato skupina není zahrnutá do statistik, ale řadí se do skupiny pacientů z odlišného kulturního prostředí.

Další skupinu tvoří cizinci, kteří navštíví Českou republiku, a to jako turisté nebo za účelem zdravotnického výkonu⁵³. Soukromá zdravotnická zařízení cílí na takové cizince a nabízí širokou škálu zdravotních výkonů. V zemi původu cizince – potenciálního pacienta spolupracuje se zdravotnickým zařízením, které pacienta informuje o možnostech léčby či výkonu v České republice. Hlavním důvodem je propojení ceny a kvality.

⁵² Data – počet cizinců. *Český statistický úřad | ČSÚ* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu

⁵³ Czech Tourism, 2017 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.czechtourism.com/tourists/health-spa/a-medical-tourism/a-medical-tourism-landing/>

Nejčastěji se na zdravotní turistiku orientují soukromá zdravotnická zařízení se zaměřením na reprodukční medicínu či různé estetické výkony.

Nehledě na počty cizinců a důvod jejich pobytu jsou to potenciální platící pacienti českého zdravotnictví, kteří jsou promítnuti ve statistických přehledech a poslouží pro prezentaci o vývoji počtu pobývajících a ošetřených cizinců ve zdravotnických zařízeních České republiky.

3.2 Počty cizinců dle druhu pobytu

Stále častěji se diskutuje o nedostatku pracovníků některých profesí, proto se dá očekávat řešení této situace v podobě zvýšení počtu zahraničních pracovníků z některých sousedních zemí. Nicméně všichni pracovníci (místní i ze zahraničí) musí absolvovat lékařskou prohlídku. Pro zdravotníky je výzvou připravit se a zvládnout očekávanou zvýšenou poptávku nejen po pracovnělékařských službách, tj. vstupní a výstupní zdravotní prohlídky, ale počítat i s nárůstem možných akutních vyšetření.

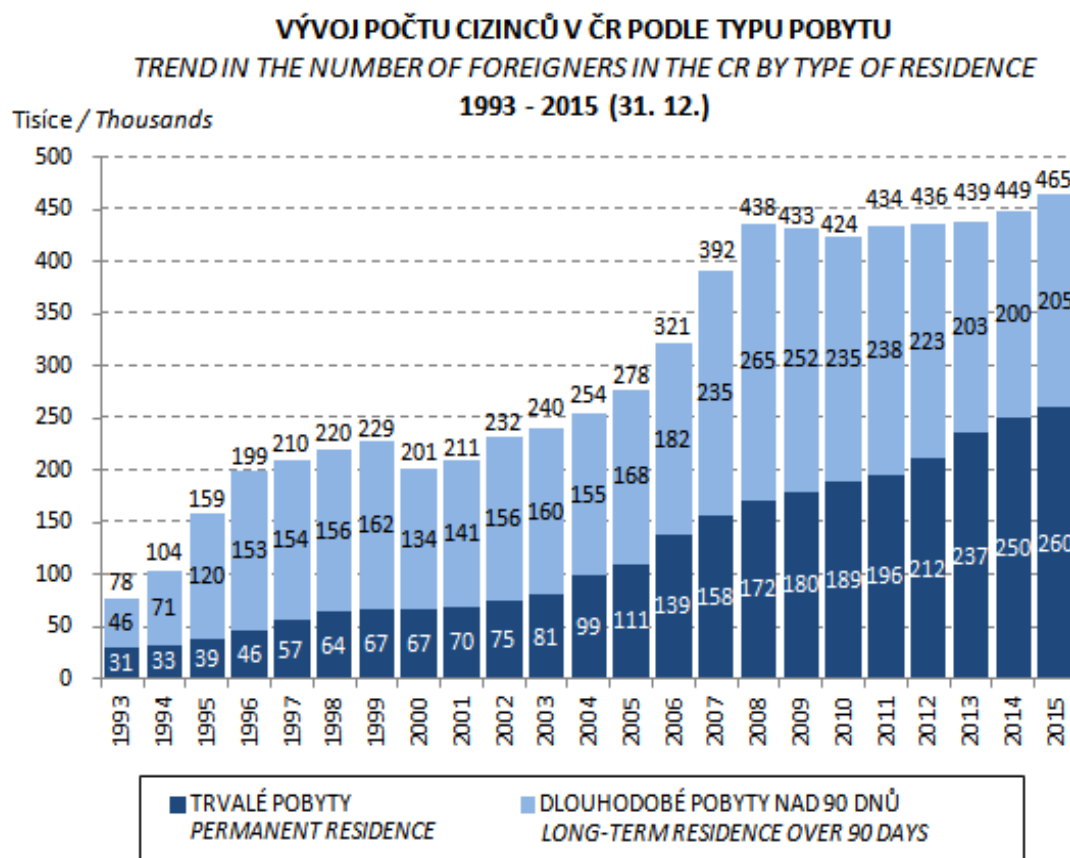
Rozdělení pacientů se řídí metodikou počtu cizinců dle různých kategorií. Tyto kategorie jsou použité také ve statistických údajích:

- 1) *„Občané zemí EU s potvrděním o přechodném pobytu a jejich rodinní příslušníci, kteří nejsou sami občané zemí EU, s povolením k přechodnému pobytu formou pobytové karty;*
- 2) *Občané zemí EU a jejich rodinní příslušníci s povolením k trvalému pobytu;*
- 3) *Občané třetích zemí pobývajících v ČR na základě dlouhodobých víz nad 90 dní;*
- 4) *Občané třetích zemí s povolením k dlouhodobému pobytu;*
- 5) *Občané třetích zemí s povolením k trvalému pobytu;*
- 6) *Cizinci pobývajících v ČR v rámci dočasné ochrany“.⁵⁴*

⁵⁴ Metodika – cizinci v ostatních zemích EU. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/metodika-cizinci-v-ostatnich-zemich-eu>

Následující tabulka prezentuje vývoj počtu cizinců v České republice dle druhu pobytu. Do roku 2007 je patrný strmý nárůst počtu cizinců. Následně došlo k ustálení nárůstu. Každý nárůst se dá vysvětlit důvody jako je politická, studijní či ekonomická motivace a sloučení rodiny.

Tabulka 3: Vývoj počtu cizinců v ČR podle typu pobytu k 31. 12. 2015



Zdroj: Ředitelství služby cizinecké policie ČR⁵⁵

3.3 Počty ošetřených cizinců v roce 2015

Údaje o počtu ošetřených cizinců pramení z ročních výkazů, které nemocniční zařízení zasílaly na formuláři V (MZ) 1-01⁵⁶ o čerpání zdravotní péče cizinci za rok 2015. Vyplněné výkazy zasílají nemocniční zařízení všech

⁵⁵ Cizinci: Počet cizinců. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

⁵⁶ V (MZ) 1 01 Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/vykazy/v-mz-1-01_psz_2016

typů na Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ke zpracování. Je zajímavé, že se tato povinnost nevztahuje na soukromé ambulantní poskytovatele zdravotnických služeb. To znamená, že konečné číslo ošetřených pacientů-cizinců může být vyšší. I přesto, že je k dispozici neúplný přehled počtu pacientů-cizinců, je patrný nárůst pacientů-cizinců v roce 2015 o 6 702 osob ve srovnání s rokem 2014. Nárůst nákladů na ošetření pacientů-cizinců je o více než 1 400 000 Kč ve stejném období. Jelikož se jedná o nemocniční zařízení, předpokládá se, že vzrůstající náklady jsou pokryty ze zdravotního pojištění cizinců.

Tabulka 4: Počty ošetřených cizinců v nemocnicích a náklady na ošetření cizinců v nemocnicích v letech 2014-2015

Ukazatel	2014	2015	Index 2015/2014 (2014 = 100)
počet osob celkem	97 185	103 887	106,9
z toho počet osob ze zemí EU	47 844	51 403	107,4
podíl počtu osob z EU na počtu ošetřených cizinců celkem v %	49,2	49,5	x
náklady na ošetření cizinců celkem v tis. Kč	724 347	2 133 129	294,5
z toho náklady na ošetření osob z EU v tis. Kč	416 058	1 139 972	274,0
podíl nákladů na ošetření osob z EU na celkové výši nákladů na ošetření cizinců v %	57,4	187,1	x

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR⁵⁷

3.4 Počty ošetřených cizinců v roce 2015 dle země původu

Následující zdroj prezentuje čerpání zdravotní péče dle počtu osob a země původu. Zajímavé je rozdělení pacientů dle věkových skupin.

⁵⁷ Čerpání zdravotní péče cizinci | ÚZIS ÚZIS ČR, 2010 | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>

Přehled je členěn na příslušníky zemí Evropské unie, země Evropského hospodářského prostoru (Island, Lichtenštejnsko a Norsko) a ostatní bývalé země Sovětského svazu, jimiž jsou Arménie, Ázerbájdžán, Bělorusko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Moldavsko, Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán. Ukrajina je zemí bývalého Sovětského svazu, ale přesto je uvedena samostatně, je to z důvodu velkého počtu ošetřených pacientů z Ukrajiny, což odpovídá velkému počtu cizinců původem z Ukrajiny, kteří se zdržují na území České republiky dle různých důvodů pobytu, vše již bylo vysvětleno v této kapitole.

Dalším zajímavým údajem jsou informace o pokrytí nákladů zdravotní péče, a to členění na uhrazenou a neuhrazenou čerpanou zdravotní péči. Největší podíl ošetřených pacientů pochází ze zemí Evropské unie, a to celkem 51 403 osob. Nejvyšší počet této skupiny tvořili pacienti ze Slovenska – 22 609 pacientů, následovalo Německo se 7 381 pacienty, o třetí místo se téměř dělí Spojené království s 3 316 a Polsko s 3 216 pacienty.

Z ostatních zemí mimo Evropský hospodářský prostor jednoznačně vévodí pacienti z Ukrajiny, a to s počtem 11 084. Ruská federace představuje početnou skupinu ve výši 8 453 ošetřených pacientů. Další skupinou je vietnamská komunita, která čítá 6 137 pacientů.

Tabulka 5: Čerpání zdravotní péče cizinci celkem a z vybraných zemí v roce 2015. Cizinci dle státní příslušnosti, věkových skupin a způsobu úhrady zdravotní péče (počet osob)

Země původu	Celkem	Věková skupina				Počet osob čerpajících zdravotní péči					
		0-14 let	15-19 let	20-59 let	60 let a více	uhrazena				neuhrazena	
						ze smluvního pojištění v ČR	ze zahraničního pojištění	hotově	státními orgány	celkem	z toho po lhůtě splatnosti
Počet cizinců celkem	103 887	1516	546	2469	1356	24 759	25 743	46 352	3 473	4 794	2 663
Země EU celkem	51 403	5 060	3 417	5 143	7 783	8 920	22 996	16 101	882	2 997	1 670
Belgie	452	73	57	272	50	69	163	213	2	5	3
Dánsko	378	48	72	190	68	59	250	68	1	6	2
Finsko	274	24	28	187	35	62	103	102	-	7	2
Francie	1 098	147	105	720	126	163	377	520	9	33	21
Irsko	342	64	22	227	29	50	128	158	1	8	7
Itálie	1 625	147	168	1 038	272	354	688	539	13	34	13
Maďarsko	606	40	52	463	51	97	173	287	24	27	16
Německo	7 381	812	530	4 000	2 039	1 078	4 329	1 706	57	277	100
Nizozemsko	1 262	187	143	665	267	219	638	372	4	39	23
Polsko	3 216	314	203	2 269	430	420	945	1 584	81	221	143
Portugalsko	294	15	26	241	12	50	124	98	1	23	13
Rakousko	2 261	329	87	1 485	360	204	1 671	356	13	20	11
Řecko	431	22	24	317	68	82	160	171	2	25	13
Slovensko	22 609	1 983	1 222	16 273	3 131	4 591	10 821	5 257	483	1 727	950

Spojené království	3 316	417	265	2 191	443	699	1 084	1 455	4	122	71
Španělsko	850	86	82	603	79	161	359	320	1	13	8
Švédsko	464	51	57	278	78	41	260	149	3	12	6
Ostatní země EU ¹⁾	4 544	301	274	3 724	245	521	723	2 746	183	398	268
Ostatní země EHP mimo EU ²⁾	725	86	50	533	56	114	259	320	21	20	14
Srbsko	302	27	13	238	24	70	16	143	56	22	19
Švýcarsko	446	41	15	283	107	41	211	183	1	15	5
Ruská federace	8 453	1 367	1 398	4 932	756	1 433	188	6 498	181	184	95
Ukrajina	11 084	1 133	1 194	8 275	482	4 403	250	5 699	551	488	313
Ostatní země bývalého SSSR ³⁾	5 056	709	780	3 357	210	1 045	144	3 632	171	103	62
Čína	800	115	65	531	89	311	28	394	56	12	4
Vietnam	6 137	1 001	548	4 369	219	3 487	184	1 695	603	184	99
USA	2 254	204	12	1 526	412	317	105	1 778	9	83	56
Ostatní ⁴⁾	17 227	1 773	954	13 282	1 218	4 618	1 362	9 909	942	686	326

1) Ostatní země EU: Bulharsko, Estonsko, Chorvatsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Malta, Rumunsko, Slovinsko

2) Ostatní země Evropského hospodářského prostoru mimo EU: Island, Lichtenštejnsko, Norsko

3) Arménie, Ázerbájdžán, Bělorusko, Gruzie, Kazachstán, Kyrgyzstán, Moldavsko, Tádžikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

4) Země skupiny „ostatní“: z evropských zemí Albánie, Andorra, Bosna a Hercegovina, Černá Hora, Kosovo, Makedonie, Monako, San Marino a Vatikán; dále výše neuvedené mimoevropské země a nejjisté země

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR⁵⁸

⁵⁸ Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2015 | ÚZIS ČR. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-roce-2015>

4 Práva pacientů ve vztahu k léčbě v ČR

V medicíně je stejně jako v jiných odvětvích nezbytné, jasně stanovit práva a povinnosti na jedné straně lékařů, ošetrovatelského personálu, na straně druhé – pacientů. Lékař, který chce zdolávat hranice medicíny a posouvat obor dál, ale zároveň zachovávat respekt a úctu kvůli pacientovi, se řídí zásadou *salus aegroti suprema lex*⁵⁹, která nakonec ustoupila zásadě *non salus, sed voluntas aegroti suprema lex*⁶⁰. Na tuto skutečnost odkazuje zákon o zdravotnických službách č. 372/2011 Sb.⁶¹ a občanský zákoník č. 89/2012 Sb.⁶² Zdravotnické právo je považováno za pojem didaktický, jelikož není zařaditelné mezi klasická právní odvětví, ale přesto se jedná o oblast nového práva. Zdravotnické právo je definováno: „*shlukem právních norem upravujících poskytování zdravotnické péče v širším smyslu*“.⁶³ Taková definice může působit velice všeobecně.

Primárním cílem zdravotnického práva je regulace poskytování služeb. Občanský zákoník zavedl do českého právního řádu smlouvu o péči o zdraví, která je podrobně vysvětlená v §2636-2651, což předchází právní úprava Československa ani České republiky do roku 2012 nepoužívala.

Zdravotnické právo pamatuje na organizaci zdravotní péče⁶⁴, zdravotnickou dokumentaci, mlčenlivost zdravotnických pracovníků, informovaný souhlas, náležitý odborný postup (*lex artis*), občanskoprávní a trestní odpovědnost poskytovatelů zdravotnických služeb, zdravotnické služby prováděné za zvláštních podmínek, eutanazii a odpojení od přístrojů,

⁵⁹ Blaho pacienta je nejvyšším příkazem

⁶⁰ Nikoli zdraví (blaho), ale vůle nemocného je nejvyšším příkazem

⁶¹ Zákon 372/2011 Sb. ze dne 01. 04. 2012 o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování.

⁶² Zákon 89/2012 Sb. ze dne 01. 01. 2014 občanská zákoník.

⁶³ Šustek, P., Holčapek, T. a kol. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 31

⁶⁴ Vondráček, L., & Ludvík, M. (2003). *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ. s. 11

veřejné zdravotní pojištění, medicínský výzkum nebo právo veřejného zdraví.

Čtvrtá kapitola prezentuje práva pacientů, nezapomíná i na jejich povinnosti. Samostatnou skupinou se specifickými právy jsou žadatelé o mezinárodní ochranu. V České republice není tak velký počet žadatelů o mezinárodní ochranu ve srovnání se sousedními zeměmi, jakými je Rakousko či Německo. Přesto je třeba zmínit i tuto skupinu potenciálních pacientů, s nimiž se může ošetřující zdravotník setkat.

4.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je nezbytné oprávnění k provedení určitého zdravotního zákroku, přičemž slova informovat a poučit pacienta jsou vnímána jako výrazy shodného významu. Úmluva o lidských právech a biomedicíně upřesňuje v článku 5: *„kdy lze jakýkoli zákrok v této oblasti provést pouze za podmínky svobodného a informovaného souhlasu dotčené osoby“*.⁶⁵

Informovaný souhlas se zákrokem je zmíněn i v Občanském zákoníku, ale používá i jiné pojmy jako „výkon“, „zasazení“ či „úkon“.

Žádný pacient by neměl podstoupit zákrok, aniž by měl dostatek času si přečíst informace a potvrdit souhlas svým podpisem. V případě pacientů odlišných kultur je žádoucí informovaný souhlas v takovém cizím jazyce, aby pacient-cizinec rozuměl obsahu. Většina nemocničních zařízení disponuje předpřipravenými souhlasy, nejčastěji v anglickém jazyce. Empirická část této diplomové práce ověřovala používání informovaného souhlasu v cizích jazycích na dotazovaných pracovištích. Různá pracoviště používají nejen informovaný souhlas v angličtině, ale i dalších jazycích, v závislosti na skladbě pacientů-cizinců.

⁶⁵ Šustek, P., Holčapek, T. a kol. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 236

Pacient má právo svůj souhlas kdykoli odvolat.⁶⁶ Zákon blíže nespécifikuje podmínky pro uskutečnění odvolání, a to dokonce ani časový rozsah. Pacient může potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si o tom ošetřující lékař vyžádá písemné prohlášení pacienta, tzv. revers, nebo také informovaný nesouhlas. Náležitosti tzv. reversu stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 Sb.⁶⁷, o zdravotnické dokumentaci. Odmítne-li pacient informovaný nesouhlas podepsat a současně odmítá příslušný zákrok, který nelze poskytnout bez souhlasu, informovaný nesouhlas přesto bude sepsán a podepsán zdravotníkem a svědkem, zpravidla dalším zdravotníkem, který byl přítomen poučení pacienta. Tento postup je důležitou ochranou zdravotníka, který nemůže zdravotní zákrok realizovat.⁶⁸

Další případ, kdy pacient neudělí svůj souhlas, a přesto je ošetřen, je stav nouze. Pokud se pacient nachází v ohrožení života a zákrok je nezbytný pro zdraví pacienta, zdravotník může realizovat zákrok i bez jeho souhlasu. Dalším příkladem, kdy zdravotník nemusí brát pacientův souhlas v potaz, je pacientův vědomý nesouhlas, čímž zároveň ohrožuje svou nebezpečnou nemocí okolí⁶⁹.

Informovaný souhlas má pacienta především poučit, umožnit potřebnou terapii a péči, ale také zajistit právní ochranu lékaři v případě sporu. Osobně vnímám informovaný souhlas za důležitý dokument pro obě strany. Nevýhodou může být neznalost nebo porozumění některým odborným termínům, časová tíseň při vyplnění, nedostatek informací anebo obavy z možných následků. Informovaný souhlas obvykle obdrží pacient k prostudování a následně prochází se zdravotníkem společně jednotlivé

⁶⁶ Těšinová, J., Žďárek, R., & Polícar, R. (2011). *Medicínské právo*. V Praze: C. H. Beck. s. 40

⁶⁷ Vyhláška č. 98/2012 Sb. ze dne 01. 04. 2012 o medicínské dokumentaci.

⁶⁸ Vondráček, L., & Ludvík, M. (2003). *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ. s.33-34

⁶⁹ Candigliota, Z. (2011). *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích* (2., mírně upr. vyd.). Brno: Liga lidských práv. s. 18-19

body, při této příležitosti je prostor k doplnění informací. V případě pacienta-cizince je volen stejný postup.

4.2 Veřejné zdravotní pojištění

System financování poskytovaných zdravotních služeb České republiky je založen na principu solidarity a přerozdělování. Povinnost hradit zdravotní pojištění se vztahuje na všechny obyvatele České republiky. Stát hradí pojištění za některé skupiny obyvatel, jako jsou děti, studenti, nezaměstnaní či senioři. Podmínky hrazených služeb jsou upravené Zákonem o veřejném zdravotním pojištění⁷⁰.

Účast na veřejném zdravotním pojištění je povinná. Zdravotní pojištění vzniká narozením pojištěnce (dnem narození), dnem, kdy získá trvalý pobyt na území České republiky. Vznik zdravotního pojištění je také spojen se vznikem zaměstnaneckého poměru českého zaměstnavatele. Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce, dnem ukončení trvalého pobytu na území České republiky, ukončením pracovního poměru u českého zaměstnavatele.

Pojištěnec je povinen plnit oznamovací povinnost, která vychází z povinnosti placení pojistného. Pojištěnec je také povinen oznamovat změny adresy, jména, příjmení, rodného čísla či trvalého pobytu, a to ke třicátému dnu ode dne, kdy ke změně došlo.

4.3 Etický kodex práv pacientů

O etice se hovoří napříč všemi obory, není tomu jinak ani ve zdravotnictví. Každé zdravotnické zařízení má k dispozici, a to buď na viditelném místě, anebo na vyžádání, Etický kodex práv pacienta.⁷¹ Tento

⁷⁰ Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 01. 04. 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

⁷¹ MPSV.CZ: Práva pacientů ČR. [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>

kodeks vypracovala a schválila etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky a nabyl platnosti 25. 2. 1992.

Etický kodeks se vztahuje na všechny pacienty, tudíž i na pacienty cizince či pacienty z odlišných kultur. Etický kodeks zohledňuje možnost volby lékaře⁷² či odmítnutí léčby, právo na soukromí či možnost stýkat se s členy své rodiny či přáteli. Pro velké množství pacientů odlišných kultur jsou právě rodinné vazby velmi důležité.

Etický kodeks také zdůrazňuje povinnosti pacienta ve vztahu k zdravotnickému zařízení, a to řídit se platným řádem daného zařízení.

4.4 Zdravotní služby pro žadatele o mezinárodní ochranu

Zákon o azylu pamatuje na zdravotní péči, která je podle §88⁷³ poskytována žadatelům o mezinárodní ochranu v takovém rozsahu a za stejných podmínek, za kterých se poskytují občanům České republiky. Stejně právo se vztahuje i na děti osob žadatelů o mezinárodní ochranu, které se narodily na území České republiky, a to po dobu prvních 60 dní ode dne jejich narození. Zákon nebere ohled na skutečnost, zda rodiče požádali o mezinárodní ochranu nebo o pobyt na daném území.

Kromě zdravotních služeb běžného charakteru jsou těmto osobám poskytovány služby, které souvisí s případnou nařízenou karanténou či jiným opatřením na ochranu veřejného zdraví. Náklady spojené s poskytováním zdravotních služeb jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Jak již bylo zmíněno, Česká republika není cílovou stanicí žadatelů o mezinárodní ochranu. Nicméně se taková zařízení (přijímací, pobytové, detenční a dětská zařízení) nachází na území České republiky a jsou

⁷² Candigliota, Z. (2011). *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích* (2., mírně upr. vyd.). Brno: Liga lidských práv. s. 163

⁷³ Zákon č. 325/1999 Sb. ze dne 11. 11. 1999 o azylu.

spravována Ministerstvem vnitra⁷⁴. Každý žadatel o mezinárodní ochranu absolvuje zdravotní prohlídku. Takoví pacienti se nedostanou do jakéhokoli zdravotnického zařízení, ale do smluvních nemocnic či ambulancí, tudíž se dá očekávat, že jsou zdravotníci na komunikaci s takovými pacienty připravení. Pokud zdravotník potřebuje asistenci tlumočnicka, je možností telefonické spojení s ambasádou dané země za předpokladu, že pracovník ambasády zprostředkuje telefonický překlad. V případě potřeby tlumočnicka při ošetření pacienta žadatele o mezinárodní ochranu je možnost využití práva jednat v řízení o udělení v mateřském jazyce nebo jazyce, ve kterém je pacient schopen se dorozumět.

Tlumočnick do příslušného jazyka se poskytuje bezplatně a náklady za jeho služby nese Ministerstvo vnitra ČR. Odměna tlumočnickovi se stanoví dohodou mezi Ministerstvem vnitra ČR a tlumočnickem. Vyhláška č. 37/1967 Sb.⁷⁵, k provedení zákona o znalcích a tlumočnickích stanovuje výši odměny podle zvláštních právních předpisů, která nesmí být překročena.⁷⁶ Tlumočnick může být povolán nejen k přijímacímu pohovoru, ale i ke zdravotnímu vyšetření.

Je zajímavé, že se v běžné praxi, tj. při ošetření pacientů-cizinců, tlumočnicki téměř nevyžívají. Je to zřejmě dáno vysokými náklady na tlumočnicka. Empirická část této diplomové práce se zajímala o zkušenost či potřebu služeb tlumočnicků. Respondentky mají zkušenost, kdy pacienta-cizince doprovázel rodinný příslušník či spolupracovník, čímž suploval práci tlumočnicka. Kvůli vysoké ceně jsou služby profesionálních tlumočnicků využívány minimálně. Nevýhodou neprofesionálních tlumočnicků může být neznalost zdravotní problematiky v daném jazyce, nezralost atd.

⁷⁴ MV. *Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV, 2017* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://suz.cz/>

⁷⁵ Zákon č. 36/1967 Sb. ze dne 01. 07. 1967 o znalcích a tlumočnickích.

⁷⁶ *Zákon o azylu: komentář.* (2010). Praha: Wolters Kluwer Česká republika. s. 360

4.5 Lékařská zkouška věku žadatelů o mezinárodní ochranu

Nezletilá osoba, která přicestovala bez doprovodu a žádá o mezinárodní ochranu, může být podrobená zkoušce věku. Tato zkouška může být iniciována za předpokladu, že nastanou důvodné pochybnosti o udávaném věku žadatele.

Česká republika provádí ověření věku pomocí rentgenu zápěstních kůstek. Tato metoda umožňuje určit věkové rozpětí 17-19 let, avšak nemusí být jednoznačně průkazná. V případě neprůkaznosti věku je žadatel posuzován jako nezletilá osoba.⁷⁷

Některé členské státy využívají jiné metody, jako je například testování DNA. Tyto metody jsou přesnější, ale finanční nákladovost je v porovnání s rentgenem velmi vysoká.

Práva a povinnosti takových pacientů upřesňuje § 89 Zákona a azyl: *„odst. 3. Je-li žadatelem o udělení mezinárodní ochrany nezletilá osoba bez doprovodu a jsou-li důvodné pochybnosti o jí udávaném věku, provede se za účelem zjištění jejího věku lékařské vyšetření. Odmítne-li nezletilá osoba bez doprovodu provedení lékařského vyšetření, bude na ni ministerstvo pohlížet jako na zletilého žadatele o udělení mezinárodní ochrany. Pokud lékařské vyšetření za účelem zjištění věku není průkazné, ministerstvo pohlíží na žadatele o udělení mezinárodní ochrany jako na nezletilou osobu bez doprovodu“.*⁷⁸

Další odstavec § 89 Zákona a azyl prezentuje postup, při kterém jednoznačně musí být použito služeb tlumočnicka: *„Odst. 4. O možnosti určení věku pomocí lékařského vyšetření podle odstavce 3 informuje ministerstvo nezletilou osobu bez doprovodu v mateřském jazyce, ve kterém je schopná se dorozumět, ve výzvě k poskytnutí údajů k podané žádosti o udělení mezinárodní ochrany. V informaci ministerstvo uvede též způsob, jakým se vyšetření provádí, informuje*

⁷⁷ Chmelíčková, N., Votočková, V (2016) *Zákon o azylu. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 260

⁷⁸ Tamtéž s. 259

nezletilou osobu bez doprovodu o jeho možných důsledcích a rovněž ji poučí o důsledcích odmítnutí lékařského vyšetření na posuzování její žádosti o udělení mezinárodní ochrany“.⁷⁹

⁷⁹ Chmelíčková, N., Votočková, V (2016) *Zákon o azylu. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR. s. 259

5 Empirická část

5.1 Metodologie

Cílem diplomové práce je popsat rozsah transkulturního ošetrovatelství a analyzovat reálnou situaci v rozdílných zdravotnických zařízeních České republiky. Jak v teoretické, tak i v praktické části je patrný velký rozsah odborné a legislativní problematiky, jež ke transkulturnímu ošetrovatelství patří. Cílem empirického výzkumu je zjistit a kategorizovat, jak zvládají zdravotníci českých zdravotnických zařízení poskytnutí ohleduplné transkulturní péče.

Rozdílnost zdravotnických zařízení, ve kterých respondentky pracují, je důležitá z pohledu porovnání, nakolik jsou zaměstnanci motivováni rozvíjet své odborné a jazykové znalosti. Nepochybně jsou pro efektivní práci zdravotnického personálu důležité medicínské znalosti a vědomosti, ale pokud se zdravotník nedorozumí s pacientem, bude veškeré úsilí a náklady vynaložené na léčbu zbytečné. Pacient neporozumí, jak se má správně připravit na výkon, či jak a kdy užívat předepsané léky.

Dalšími oblastmi, které souvisí s každodenní prací zdravotníka, jsou právní a ekonomické aspekty obou stran; zdravotnického personálu i pacientů. Zdravotník běžně ověřuje, zda má pacient uzavřené zdravotní pojištění nebo se musí ujistit, kdo bude hradit náklady na léčbu. Dalším důležitým dokumentem pro obě strany je informovaný souhlas pacienta, jenž prokazuje, že je pacient seznámen s rozsahem zdravotního výkonu a souhlasí s ním. Může nastat situace, kdy pacient nerozumí lokálnímu jazyku, zdravotník přesto musí takovou situaci vyřešit. Dále v práci bude porovnáno, jak se jednotlivá pracoviště k tomuto problému staví.

5.2 Cíle výzkumu

Maxwell rozlišuje cíle na: *„intelektuální – jakým způsobem projekt přispěje k rozšíření odborného poznání, praktický – zda budou moci být výsledky nějakým*

praktickým způsobem využity, personální – jak práce na projektu obohatí výzkumníka samotného“.⁸⁰

Hlavním cílem výzkumu je analyzovat reálnou praxi transkulturního ošetrovatelství v rozdílných zdravotnických zařízeních. Cílem výzkumného šetření z pohledu intelektuálního je seznámit širokou veřejnost, ale i skupinu odborníků, jako jsou tvůrci vzdělávacích programů, vývojáře softwarů a aplikací, se vzniklými potřebami v oblasti transkulturního ošetrovatelství, což nejvíce koresponduje s praktickým cílem této práce. Zajímavým praktickým výstupem by mohl vzniknout produkt, jenž by umožnil propojení medicínské problematiky, legislativy a komunikace s pacienty, čímž může práci zdravotnického personálu usnadnit a zefektivnit.

Výzkumné okruhy se zaměřují na jednotlivé oblasti, které jsou nedílnou součástí transkulturního ošetrovatelství a navazují na teoretickou část diplomové práce. Okruh týkající se znalostí cizích jazyků je předpokladem, že ho zdravotníci potřebují pro každodenní práci. Vzhledem k rozdílnosti zdravotnických zařízení bude zajímavé porovnat motivaci zdravotníků rozvíjet znalost cizích jazyků a používat je v každodenní praxi. Další okruhy se zaměřují na legislativu, obzvlášť dostupnost a použití písemných souhlasů a informací v cizích jazycích, používání moderních technologií při komunikaci s pacientem a zájem o další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

- znalost cizích jazyků;
- frekvence setkání s pacienty z jiného kulturního prostředí;
- dostupnost písemných informací v cizích jazycích;
- využití pomůcek v cizích jazycích a moderních technologií při komunikaci s pacientem;
- potřeba dalšího vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství.

⁸⁰ Švaříček, R, Šedová, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. s. 63

5.3 Výzkumné otázky

Pro dosažení výzkumného cíle bylo určeno pět dílčích výzkumných otázek (DVO), které korespondují s výzkumnými okruhy a propojují problematiku popsanou v teoretické části.

- DVO 1: Jaké jazykové znalosti jsou předpokládány u zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních?
- DVO 2: Jak často se setkává zdravotnický personál na svém pracovišti s pacienty odlišných kultur?
- DVO 3: Jakým způsobem řeší zdravotnický personál povinnou administrativu s pacientem odlišných kultur?
- DVO 4: Jaké dostupné komunikační prostředky a moderní technologie používá zdravotnický personál při komunikaci s pacienty odlišných kultur?
- DVO 5: O jaké další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství má zdravotnický personál zájem?

5.4 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum umožňuje na rozdíl od kvantitativního výzkumu nejen sběr dat, ale větší zapojení respondentů do zkoumané problematiky. Výstižně kvalitativní výzkum definuje Švaříček a Šedřová: „Pomocí kvalitativního přístupu můžeme získat nejenom jiná data (terénní poznámky, dlouhé výpovědi respondentů), ale že tato data musíme analyzovat a interpretovat jinými postupy, než využívá kvantitativní přístup, a díky tomu získáme zcela jiné typy závěrů“.⁸¹

Cílem mého výzkumu je získat individuální názory na problematiku transkulturního ošetřovatelství v ČR z pohledu zdravotnického personálu. Kvalitativní výzkum je, dle mého názoru, náročnější než kvantitativní

⁸¹ Švaříček, R, Šedřová, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. s. 15

výzkum, a to především rozsahem informací. Nestačí pouze pokládat otázky, je potřeba vnímat celý kontext. Proto může být pro nezkušeného výzkumníka náročné zachytit a vyhodnotit všechny signály správně. Výzkumník, který provádí kvalitativní výzkum jednorázově, například za účelem závěrečné práce, nemá možnost tyto dovednosti trénovat.

Dalším úskalím kvalitativního výzkumu je časová a organizační náročnost. Dobře připravený plán výzkumu může narušit jakákoli neočekávaná změna, jako počet zúčastněných respondentů, narušení časového plánu, technická závada či neočekávaná pracovní neschopnost, která může změnit průběh celého výzkumu.

5.5 Polostrukturovaný rozhovor

Ve výzkumu je zvolená metoda polostrukturovaný rozhovor⁸² (interview), jenž je nejvíce používanou metodou v kvalitativním výzkumu, kdy zkoumaná osoba odpovídá na otázky tazatele. Správně strukturovaný rozhovor umožňuje proniknout do zkoumané problematiky více, a to pomocí doptávání, ověřování či pozorování neverbálních reakcí respondenta. Pomocí rozhovoru lze propracovat zkoumané téma více do hloubky. Zároveň je rozhovor řazen k jedné z nejtěžších metod, která vyžaduje trpělivost, zkušenost, časový prostor a disciplínu.

Základní taktiky vedení kvalitativního rozhovoru se zaměřují na začátek a konec rozhovoru, na používání správných typů otázek řazených správným způsobem a také na kladení otázek.

Přesto, že ve své každodenní praxi vedu rozhovory s klienty, hodnotím vedení polostrukturovaného rozhovoru v rámci výzkumu za náročnější disciplínu. Důvod spatřuji ve skutečnosti, že jsem jednorázová výzkumnice

⁸² Kutnohorská, J. (2008). *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 73

a nemám dostatečné zkušenosti. Zároveň mám zájem odvést dobrou práci, čímž zřejmě přenáším tlak jak na sebe, tak i na respondentky.

5.6 Výběr respondentů

Pro účely výzkumu byl záměrně předem vybrán a osloven zdravotnický personál z různých zdravotnických pracovišť, aby byl poskytnut co nejpestřejší vzorek respondentů, v případě mého výzkumu respondentek.

Pro vyhledávání respondentek byla zvolena následující kritéria:

- praxe ve zdravotnictví minimálně 5 let;
- zdravotní sestry, lékaři/lékařky;
- spádová oblast pacientů jiných etnik a odlišných kultur;
- soukromé zdravotnické zařízení, státní zdravotnické zařízení;
- ambulantní provoz, oddělení v nemocničním zařízení.

Z původně 15 oslovených osob souhlasilo s poskytnutím rozhovoru šest respondentek: pět zdravotních sester a jedna lékařka. Z původních šesti respondentek se jedna osoba náhle odmítla účastnit výzkumu, a to těsně před naplánovaným rozhovorem. Nicméně se podařilo doplnit původní počet šesti respondentek o novou zdravotní sestru.

Hlavním důvodem odmítnutí ze strany potenciálních respondentek byla obava z odhalení. Dalšími důvody, které byly uváděny, byly možné sankce anebo nedostatek času. Většina oslovených osob preferovala kvantitativní výzkum, a to z důvodu větší anonymity a méně vynaloženého času na poskytnutí odpovědi. Na dotazníky kvantitativního výzkumu mohou respondenti odpovědět v pracovní době, ale účast v kvalitativním výzkumu probíhá v jejich volném čase. Potenciální respondentky se pravidelně účastní kvantitativních výzkumů na svých pracovištích. Tyto kvantitativní výzkumy se provádí na principu nechtěného dobrovolnictví, tj. účast je povinná. Proto je účast v jakémkoli dalším výzkumu vnímána jako

ztráta času. Takové respondentky tedy nebyly vhodné pro účely tohoto kvalitativního výzkumu.

Dalším důvodem odmítnutí účasti ve výzkumu byl subjektivní názor menšího výskytu pacientů odlišných kultur na pracovišti potenciální respondentky a s tím spojený její vlastní pocit, že nemá do výzkumu čím přispět. Kritéria, dle kterých jsem oslovovala respondentky, zohledňovala zdravotnická zařízení, která ošetřují pacienty-cizince. Dle mého názoru vycházel nezájem poskytnout rozhovor z podobných důvodů, které již byly popsány.

Rozhovory probíhaly v rozmezí od prosince 2016 až do února 2017 při osobním setkání a mimo pracovní zázemí respondentek. Nicméně pracoviště respondentek jsem osobně navštívila a měla možnost propojit osobní pozorování s poskytnutými informacemi. Žádná z respondentek si nepřála uvést název pracoviště, a to z již popsaných důvodů.

Na každou respondentku jsem měla vyhrazeny dvě hodiny. Na úvod rozhovoru jsem ještě jednou seznámila respondentky s tématem a účelem diplomové práce. Skutečná doba rozhovoru nebyla delší než 45-60 minut. Délku rozhovoru ovlivnily zkušenosti respondentek se zkoumanou problematikou, ale také výřečnost či ochota sdělovat více interních informací. Na přání respondentek rozhovory nebyly nahrávány, ale zaznamenány na předtištěný arch s okruhy otázek a následně přepsány a uloženy do souboru.

Čtyři respondentky podmínily účast ve výzkumu bez nahrávání rozhovoru a zajištění 100 % anonymity. Ostatní dvě respondentky nedokázaly vyjádřit své jasné stanovisko na nahrávání rozhovoru, ale začínaly ztrácet zájem o výzkum. Po následném dotazu, zda je pro ně limitující nahrávání rozhovorů, odpověděly kladně, s tím, že mají obavy z prozrazení a možných sankcí. Na dotaz, zda by se zúčastnily výzkumu, pokud by jim účast povolilo (ale nenařídilo) vedení, odpověděly,

že nikoliv. Měly pocit, že by nemohly uvést jakoukoliv odpověď. Z tohoto důvodu nebyly rozhovory nahrávány. Domnívám se, že se mi i přes toto omezení v průběhu rozhovoru podařilo zachytit vše podstatné z vyslovených informací. Přepis mého vlastního záznamu z rozhovorů proběhl bezprostředně po poskytnutí rozhovoru, tj. v rozmezí od prosince 2016 až do února 2017.

Většina respondentek se na začátku rozhovoru projevovala zdrženlivě, odpovědi zvažovala, byla patrná opatrnost. Pouze jedna respondentka-lékařka byla uvolněná a měla jasné názory. Příčinu spatřuji v tom, že se osobně s respondentkou známe, tím pádem nebyla potřeba navozovat neutrální atmosféru. Větší uvolnění všech respondentek nastalo až při neformálním posezení ke konci setkání, při kterém se objevilo více zajímavých doplňujících informací, ale to již po oficiálním ukončení rozhovoru. Tyto informace nejsou zahrnuté v přepsaných rozhovorech, jelikož nebyly poskytnuty v rámci oficiálního rozhovoru a týkaly se konkrétních pacientů.

5.7 Vzorek respondentek

Vzorek respondentek je představen níže, a to dle již zmiňovaných kritérií; dle pracovního zařazení, druhu zdravotnického zařízení, regionu a délky praxe.

- **Respondentka 1 (R1)** je zdravotní sestra, pracuje na příjmové ortopedické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Praze, zvládá základy anglického jazyka, praxe 18 let;
- **Respondentka 2 (R2)** je vedoucí lékařka oddělení Fakultní nemocnice v Brně, zároveň ordinuje na ambulanci 2x týdně, ovládá angličtinu a základy ruštiny a němčiny, praxe 36 let. Angličtinu používá pro pracovní účely, a to patřičně na klinických hodnoceních

léčivých přípravků, které jsou vedené v angličtině, také vyúkou zahraničních studentů medicíny;

- **Respondentka 3 (R3)** je zdravotní sestra, pracuje na soukromé klinice reprodukční medicíny již 3 roky, ovládá angličtinu a italštinu. Znalost jazyků získala při ročních pobytech v USA a Itálii. Předchozí praxe na interním oddělení Fakultuní nemocnice;
- **Respondentka 4 (R4)** je zdravotní sestra, pracuje v soukromé oftalmologické ambulanci v soukromém zdravotnickém zařízení v Brně, které je zaměřeno na pracovnělékařské služby. Domluví se anglicky, praxe 5 let;
- **Respondentka 5 (R5)** je zdravotní sestra, pracuje na interním oddělení soukromé nemocnice v Moravskoslezském kraji. Domluví se rusky a polsky, praxe 17 let;
- **Respondentka 6 (R6)** je zdravotní sestra, pracuje na příjmové chirurgické ambulanci městské nemocnice v Moravskoslezském kraji. Zvládá základy angličtiny a ruštiny, domluví se polsky, rozumí slovensky, praxe 19 let.

Menší počet zúčastněných respondentek kompenzuje pestrost vzorku, a to z pohledu regionálního (Praha, Brno a Moravskoslezský kraj), druhu pracovišť (fakultní nemocnice, soukromé zařízení, veřejné zdravotní zařízení), působení na oddělení a v ambulantním provozu a zkušeností s pacienty odlišných kultur (spádovost zdravotnických zařízení k cílové skupině, tj. pacienti odlišných kultur).

6 Analýza dat

V této části diplomové práce bude provedená analýza a interpretace ze získaných odpovědí respondentek. Respondentky se aktivně setkávají s pacienty odlišných etnik a kultur v každodenní praxi. Četnost setkání s takovými pacienty závisí na spádové oblasti zdravotnického zařízení, v okolí může být výrobní závod zaměstnávající cizince či azylové zařízení. Zdravotnické zařízení může nabízet komerční zdravotní program, jenž je finančně atraktivnější než v zemi původu cizince. Velká města mimo pracující cizince evidují i zahraniční studenty, kteří také využívají zdravotní péči českých zdravotnických zařízení. Rozhovory byly polostrukturované, respondentky měly dostatek času na odpovědi na pokládané otázky.

6.1 Okruh – Znalost cizích jazyků

První okruh otázek zjišťuje, zda je znalost cizích jazyků na daném pracovišti potřebná. Dílčí výzkumná otázka pro tento okruh je **Jaké jazykové znalosti jsou předpokládány u zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních?** Na otázku, jaké cizí jazyky ovládáte, většina respondentek uvedla angličtinu, ale s odlišnou úrovní. Respondentka 2 ovládá angličtinu na úrovni: *„umožňující výkon mého povolání a výuku zahraničních mediků“*. Respondentka 3: *„měla jsem možnost vycestovat na rok do USA a ukončit studium americkou maturitou“*. Respondentka 4: *„mluví anglicky“*. Respondentky 1 a 6 zvládají základy anglického jazyka.

Dalšími zmíněnými jazyky jsou ruština, italština, polština, němčina a slovenština, ale opět s odlišnou úrovní. Respondentka 2: *„zvládám základy němčiny a ruštinu to, co si pamatuji ze školy“*. Respondentka 3 ovládá italský jazyk, který se naučila při ročním au-pair pobytu v Itálii. Respondentky 5 a 6 se domluví polsky a rusky. Respondentka 6 navíc dodala, že rozumí slovensky.

Doplňující otázka, zda respondentky potřebují znalost cizího jazyka pro výkon povolání, rozdělila zdravotnická zařízení na taková, kde by bez znalosti požadovaného cizího jazyka respondentka nemohla pracovat, a na zařízení, kde není znalost jazyků podmínkou. Důvody absence jazykové vybavenosti jsou ovšem různé.

Po první respondentce není znalost cizích jazyků požadována. Fakultní nemocnice, ve které respondentka pracuje, má zřízeno nemocniční cizinecké oddělení, které je vstupním pracovištěm pro pacienty-cizince s cestovním nebo zdravotním pojištěním nebo pro pacienty-cizince, kteří mají trvalý pobyt na území ČR, ale neovládají češtinu a potřebují vstupní informace, které jim z kapacitního důvodu či z důvodu neznalosti cizího jazyka pacienta není schopen zajistit personál ambulance/oddělení. Nemocniční cizinecké oddělení je klíčové pro takto velké zdravotnické zařízení. Zdravotníci různých ambulancí posílají pacienta na nemocniční cizinecké oddělení, které následně řeší požadavky zdravotníků – komunikují s pacientem, řeší podpis informovaných souhlasů, ověřují zdravotní pojištění pacienta, eventuálně domlouvají způsob úhrady léčby a vybírají finanční zálohu na zdravotní péči. Pracovníci cizineckého oddělení přijímají pacienty z celé Fakultní nemocnice, což je vzhledem k počtu klinik a ambulancí velké množství. Tato nemocnice dokonce provozuje dětskou cizineckou ambulanci, ve které si musí zdravotníci vystačit s běžnou komunikací v angličtině, ruštině, němčině a italštině sami. Nicméně každý pacient-cizinec, jenž neovládá český jazyk, začíná návštěvu nemocnice na cizineckém oddělení.

Druhá respondentka také pracuje ve velkém zdravotnickém zařízení, ale na rozdíl od první respondentky musí zvládnout komunikaci s pacientem sama a znalost cizích jazyků je žádoucí. Motivace znalosti cizího jazyka druhé respondentky je zaměřena na profesní a vědecké zájmy. Druhá respondentka nejen že vyučuje zahraniční studenty medicíny, ale také

se podílí na klinických hodnoceních léčivých přípravků.⁸³ Výsledky takového hodnocení potvrzují, nebo vyvrací deklarované vlastnosti zkoumaného přípravku. Zkoušející je lékař, jenž odpovídá za výsledky hodnocení na daném pracovišti, které je označované také jako místo hodnocení. Celý proces je kontrolován a monitorován zadavatelem klinického hodnocení. Veškeré vstupy, výstupy a prezentace jsou zaznamenány v angličtině. Nábor pacientů do klinického hodnocení probíhá dle zkoumané indikace a cílů léčby, jsou vyloučeny těhotné nebo kojící ženy, osoby ve výkonu trestu či ostatní osoby, jež neposkytly svůj souhlas. Každý potenciální účastník-pacient je seznámen s cílem studie a možnými riziky a na základě těchto informací se následně rozhodne, zda se studie zúčastní. Svůj souhlas potvrdí podepsáním informovaného souhlasu⁸⁴. Respondentka také zmínila výuku zahraničních studentů medicíny na místní Lékařské fakultě. Jedná se o prestiž a dodatečný příjem pro vyučujícího lékaře, ale také přínos pro fakultu, jelikož je studium zahraničních studentů zpoplatněno a je nezanedbatelným příjmem pro fakultu.

Třetí respondentka, která je zaměstnankyně soukromé kliniky cílící na zahraniční pacienty, potřebuje znalost cizích jazyků: „*Na našem pracovišti je angličtina základ a další jazyk žádoucí*“ (třetí respondentka ovládá také italský jazyk). Toto zdravotnické zařízení má velmi vysoké nároky na lékařský i nelékařský personál, mezi něž patří i znalost angličtiny. Vysoké nároky na výkon kompenzuje nadstandardními benefity a dalším rozvojem zaměstnanců. Tento přístup je v naprostém protikladu proti zdravotnickému zařízení první respondentky, které má výrazný nedostatek ošetrovatelského personálu, z tohoto důvodu nevyžaduje znalost cizích jazyků

⁸³ Těšínová, J., Žďárek, R., & Polícar, R. (2011). *Medicínské právo*. V Praze: C. H. Beck. s. 169-171

⁸⁴ Tamtéž s. 171-172

zdravotnického personálu. Potřebu vyřešilo zřízením cizineckého oddělení, které asistuje při administrativních a komunikačních potížích.

Čtvrtá respondentka pracuje ve zdravotnickém zařízení, které je také (jako pracoviště třetí respondentky) orientováno na pracující pacienty-cizince, kteří absolvují vstupní a výstupní zdravotní prohlídky v souladu s § 103-106 Zákoníku práce⁸⁵. Respondentka také potřebuje znalost cizích jazyků pro výkon povolání v tomto zdravotnickém zařízení: „*Naše zařízení se orientuje na pracovnílékařské služby, tj. poskytnutí zdravotních vstupních a výstupních prohlídek a poskytnutí potřebné zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že 70 % pacientů jsou zahraniční pracovníci, kteří pracují pro nadnárodní firmy v Brně, znalost minimálně angličtiny je důležitá*“. Ambulance, ve které čtvrtá respondentka pracuje, má smluvní vztahy se zahraničními firmami, jako jsou IBM, Red Hat, Infosys, Lufthansa.⁸⁶ Tyto firmy zaměstnávají velké množství cizinců, jelikož mají požadavky na znalost minimálně dvou, ale vyskytují se kombinace i tří cizích jazyků. Znalost češtiny nebývá podmínkou, jako standardní firemní jazyk je vnímána angličtina. Velký zájem o své pracovníky projevují i samotné firmy, a to poradenstvím, které poskytuje oddělení lidských zdrojů.

V Brně, kde je výskyt zahraničních pracovníků a studentů velký, poskytuje poradenství cizincům komerční firma *Foreigners* a také nekomerční projekt *Brno Expat Centre*, jenž je podporován a realizován Kanceláří strategie Magistrátu města Brna. Cílem obou organizací je poskytnout informační a konzultační služby. V případě *Foreigners*⁸⁷ se jedná o placenou službu, kterou pokryje firma mající o cizince-zaměstnance zájem. *Foreigners* připraví vstupní balíček, který zahrnuje veškeré informace, jako je zdravotní péče,

⁸⁵ Zákon č. 262/2007 Sb. ze dne 01. 01. 2007 zákoník práce.

⁸⁶ Technologický park 2016 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <http://www.technologypark.cz/nasi-klienti>

⁸⁷ Feel at home in the Czech Republic | Foreigners.cz. *Feel at home in the Czech Republic* | *Foreigners.cz* [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <http://www.foreigners.cz/>

oficiální doklady v souvislosti s pobytem a prací v ČR, sociální a zdravotní pojištění či nabídku vhodného ubytování v cílových městech. *Brno Expat Centre*⁸⁸ nabízí jednotlivcům takové poradenství také, a to zdarma, buď osobně, telefonicky či e-mailem. Na rozdíl od *Foreigners* pořádá *Brno Expat Centre* také odborné vzdělávací akce a neformální setkání. Poslední setkání⁸⁹, jež centrum pořádalo, bylo zaměřeno na zdravotnictví a medicínskou péči, na kterém vystoupili představitelé zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, lékáren či porodní asistentka. Z oblastí, které byly pro pacienty-cizince zajímavé, se věnoval čas registraci u lékaře, dostupnosti zdravotní péče, povinné vakcinaci, stomatologické péči nebo předporodním kurzům.

Respondentky 5 a 6 pracují ve zdravotnických zařízeních (v soukromé nemocnici a městské nemocnici) Moravskoslezského kraje. Jejich odpovědi jsou odlišné od odpovědí předchozích respondentek. Přikládám tuto skutečnost k regionální skladbě cizinců. Znalost cizích jazyků na pracovištích obou respondentek není podmíněná, přesto reagují na aktuální skladbu pacientů-cizinců, kteří pochází nejčastěji z Polska a Slovenska. Obě respondentky nevnímají problém porozumět těmto pacientům a domluvit se s nimi. Šestá respondentka doplnila méně častou potřebu domluvat se jinými jazyky, jako je angličtina či němčina, tudíž pozice zdravotníka není podmíněna domluvou v těchto jazycích. Z této odpovědi jsou jasné regionální rozdíly, Praha a Brno musí zvládnout větší výskyt pacientů mluvících anglicky, ale města Moravskoslezského kraje aktivně ošetřují pacienty z příhraničních oblastí.

⁸⁸ Brno Expat Centre 2010 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <https://www.brnoexpatcentre.eu/>

⁸⁹ BEC Seminar: Healthcare and Medical Services – Brno Expat Centre 2010[online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <https://www.brnoexpatcentre.eu/event/seminar-healthcare-2017/>

Na základě zjištěných skutečností je patrné, že je znalost cizích jazyků (jako je angličtina) nutná na pracovištích, která se orientují na cizince (respondentky 3 a 4), v těchto zařízeních je zároveň zajištěná interní podpora v podobě koordinátorů z HR oddělení firem, které zaměstnávají cizince, či dalších organizací (Expatriate Brno Centre nebo Foreigners). Oproti tomu pracoviště první respondentky, přesto že pacienty-cizince ošetřuje, znalost cizího jazyka nepodmiňuje. Zdravotnické zařízení má nedostatek zdravotnického personálu, z tohoto důvodu nemá nadstandardní nároky na své budoucí zaměstnance. Pro účely komunikace s pacienty-cizinci se zřídilo nemocniční cizinecké oddělení, které se stará o veškeré administrativní a poradenské záležitosti, o které je zdravotník či pacient-cizinec požádá. Tento postup je, dle mého názoru, také praktický a ekonomický; zdravotníci ošetří více pacientů, tím pádem bude mít zařízení více proplacené péče. Motivace používat cizí jazyk může být spojená s profesním rozvojem a prestiží, jak je to v případě druhé respondentky. Zdravotník, pokud má správné podmínky a vědecký předpoklad, může díky znalosti cizího jazyka participovat na zajímavých vědeckých projektech, aktivně se účastnit mezinárodních kongresů, čímž lze následně získávat prestiž pro své pracoviště. V případě respondentek 5 a 6 je vidět, jakou roli sehrává region, ve kterém respondentky působí. Místo působení ovlivňuje potřebu domluvit se v jazycích, které se běžně vyskytují v této oblasti. Bylo by naprosto zbytečné vyžadovat po zdravotnících v zařízeních v této oblasti znalost angličtiny, kterou by vůbec nepoužily.

6.2 Okruh 2 – Frekvence setkání s pacienty odlišného kulturního prostředí

Dalším okruhem výzkumu je četnost setkání s pacienty odlišných etnik a kultur. Dílčí výzkumní otázka je: **Jak často se setkává zdravotnický personál na svém pracovišti s pacienty odlišného kulturního prostředí?**

Na základě statických přehledů prezentovaných ve třetí kapitole teoretické části diplomové práce je patrné, že výskyt pacientů-cizinců má vzrůstající tendenci. Cílem okruhu je prozkoumat, jaké národnosti jednotlivá pracoviště ošetřují nejčastěji a jak často se respondentky s pacienty odlišných kultur setkávají. Uvedené údaje o počtech, které respondentky uvedly, jsou odhadované a nezakládají se na denních či měsíčních výkazech zdravotnického zařízení.

První respondentka se setkává s pacienty odlišného kulturního prostředí často, přibližuje svůj odhad takto: *„Naši ordinaci navštíví přibližně 100 pacientů denně, z toho cca 10 % jsou cizinci. Od té doby, co do našeho zdravotnického zařízení vede přímé spojení metra, celkový počet pacientů se zvýšil zhruba o 30 %. Práce je dost“*. Zdravotní zařízení, ve kterém první respondentka pracuje, má zřízené již zmíněné nemocniční cizinecké oddělení, které řeší administrativní a komunikační záležitosti. Tato pomoc šetří čas zdravotnickému personálu, který se tedy může věnovat pouze zdravotnickým výkonům. Z odpovědí je patrné vzrůstající množství pacientů-cizinců, bez pomoci nemocničního cizineckého oddělení by zřejmě nebylo možné ošetřit navíc tolik pacientů. Je patrné, že nárůst pacientů může způsobit i zlepšené dopravní spojení do zdravotnického zařízení.

Druhá respondentka hodnotí četnost setkání takto: *„na oddělení okolo 5 % a v ambulanci to bývá různé“*. Neurčitost může být daná tím, že druhá respondentka pracuje jak na oddělení, tak i ambulanci, také se věnuje výuce studentů medicíny. Z tohoto důvodu má respondentka nepravidelný pracovní týden, což může zkreslovat údaje o počtech pacientů-cizinců, například po dobu její nepřítomnosti na ambulanci.

Respondentky pracující v soukromých zařízeních již v předchozím okruhu zdůraznily, že jejich zdravotnická zařízení cílí na pacienty jiných kultur, tím pádem je četnost takových ošetření vysoká. Třetí respondentka dodává: *„Jsme soukromé zdravotnické zařízení a mimo péči hrazenou z veřejného*

zdravotního pojištění poskytujeme placené služby, které z větší části využívají zahraniční pacienti“. Jedná se o kliniku reprodukční medicíny, která ošetřuje také české pacienty. Léčba na takových klinikách je částečně hrazená z veřejného zdravotního pojištění, je však potřeba dodržet podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou. Nicméně mnoho dalších doplňkových služeb není hrazeno pojišťovnou. V případě zahraničních pacientů je celý proces asistované reprodukce hrazen pacienty. Přesto je zájem o české kliniky velký, kvalita je na zahraniční úrovni a cena je ve srovnání se zahraničními klinikami výrazně nižší. Čtvrtá respondentka se také setkává s pacienty-cizinci každý den, jelikož zdravotnické zařízení, ve kterém pracuje, poskytuje smluvní pracovně lékařské služby firmám zaměstnávajícím cizince.

Respondentky z Moravskoslezského kraje na stejnou otázku odpověděly podobně, jedná se zhruba o tři pacienty-cizince denně. Obě také shodně dodaly, že se jedná o pacienty-cizince, kteří jsou zaměstnanci okolních firem.

Zajímalo mne také, jakých národností jsou nejčastěji ošetřovaní pacienti. První respondentka uvedla: *„nejčastěji jsou to pacienti arabské, britské, francouzské, asijské národnosti, ale i další. Většinou jsou to pacienti-turisté, ale hlásí se nám i pacienti s trvalým pobytem na území ČR“.* Druhá respondentka nejčastěji ošetřuje: *„Romy a Vietnamce, poté následují Ukrajinci a Arabové. Jsou to většinou pacienti s pojištěním, kteří na území ČR pracují“.* Na další dotaz, který zjišťoval spád či zdroj pacientů-cizinců, druhá respondentka odpověděla: *„počet (pacientů) se celkově navýšil, obzvlášť u anglicky mluvících, jelikož Brno podporuje nové zahraniční firmy a firmy potřebují odborníky a rodilé mluvčí. Jsou tady firmy jako IBM, AT&T, Red Hat a mnoho dalších, které zaměstnávají velké množství zahraničních pracovníků. A nezapomínejme na naše zahraniční studenty, kteří mají výuku v angličtině a s češtinou vůbec nepřijdou do styku“.* Velká města zaznamenávají větší přísun zahraničních pracovníků do nadnárodních firem,

kteří zde působí. Firmy zmíněné druhou respondentkou cílí na zaměstnance z ciziny, kteří s češtinou vůbec nepřijdou do styku.

Třetí respondentka použila pro upřesnění národnostní skladby oficiální údaje kliniky: *„dle našich každoročních statistik za poslední rok z řad zahraničních pacientů byla poskytnuta péče Slovákům, Francouzům, Britům, Italům, Němcům, Izraelcům, Rakušanům a Američanům. Dále následují Irové, Maďaři, Rumuni a Švýcaři“*. Důvody, proč pacienti volí zdravotnické zařízení, ve kterém třetí respondentka pracuje, dle jejího názoru jsou: *„Máme dobré výsledky, spolupracujeme s klinikami v zahraničí, klinika disponuje špičkovými odborníky a vybavením. Personál je proškolen a je připraven být nápomocen v době léčby. Máme tým koordinátorek, které komunikují s budoucími pacienty v jejich jazyce a jsou schopné připravit komplexní léčebný program včetně dopravy a ubytování. V neposlední řadě naše ceny jsou mnohem příznivější než ceny klinik v zahraničí. Pacienti poskytují naši klinice velmi dobré reference“*. Tým koordinátorek bych přirovnala k nemocničnímu cizineckému oddělení zdravotnického zařízení první respondentky, ale na rozdíl od něj je běžná komunikace v cizím jazyce s pacientem-cizincem v popisu práce každého zaměstnance kliniky. V případě, že nastane komunikační situace, kterou třetí respondentka není schopná zvládnout, řeší ji takto: *„pokud potřebuji pomoc, obrátím se na vedoucího lékaře anebo koordináční oddělení, záleží, jaký problém zrovna vznikl. Medicinský – obrátím se na lékaře, administrativní – budu kontaktovat koordinátorku“*. Koordinátorka je v kontaktu s pacientem po celou dobu léčby. Koordinátorky ovládají kombinace dvou až tří cizích jazyků a řeší s pacienty veškeré formality, jako jsou víza, harmonogram vyšetření, ubytování, letenky atd., ještě před cestou na kliniku.

Jak již bylo zmíněno, většina zahraničních firem má smluvní zdravotnické zařízení se zaměřením na pracovní lékařské služby. Čtvrtá respondentka pracuje v takovém smluvním zařízení a nejčastěji ošetřují: *„pacienty arabské, italské, německé a britské národnosti,“* a potvrzuje již výše

zmíněný postup firem zaměstnávající cizince, „téměř každé HR oddělení firem-zákazníků pracuje se svými zaměstnanci, tím pádem přicházejí informovaní, na co mají nárok a právo“. Taková skutečnost umožňuje zdravotníkům zaměřit pozornost na samotné ošetření a zároveň potvrzuje propojení a spolupráci několika zainteresovaných stran v péči o pacienta-cizince, jenž u zahraniční firmy pracuje.

Pátá respondentka uvedla na úvod četnost ošetřených pacientů z Polska a Slovenska, a to dva až tři pacienti v ambulanci za den. Počty hospitalizovaných pacientů-cizinců odhaduje na sedm za měsíc. Dalšími ošetřovanými pacienty jsou: „Vietnamci, občas pacienti z Koreje, ale Korejci častěji jezdí do jiné nemocnice. Jsou to zaměstnanci automobilky a mají spádovou nemocnici blíž. Dochází k nám i pacienti z Ukrajiny“. Ve většině případů se jedná o zaměstnance výrobních firem v Moravskoslezském kraji, takoví pacienti jsou ošetřováni i v ambulanci šesté respondentky: „naši ordinaci navštíví přibližně 40 pacientů denně, z toho cca 5 % jsou cizinci. Pacienti-cizinci jsou hlavně zaměstnanci okolních firem, kteří měli úraz“. Vzhledem k tomu, že šestá respondentka pracuje v příjmové chirurgické ambulanci, charakter ošetření a komunikace s pacienty jsou hodně odlišné od zdravotnických zařízení ostatních respondentek. Akutní ošetření úrazu vyžaduje rychlou a srozumitelnou komunikaci, pacienti mohou být vystresovaní, dokonce i agresivní. Snadno může vzniknout nechtěné nedorozumění. Několikaletá praxe naučila šestou respondentku komunikovat v krátkých srozumitelných větách. Skladba pacientů je z větší části shodná s její regionální kolegyní: „Nejčastěji nás navštěvují Korejci, Ukrajinci, Poláci a Vietnamci. Máme nedaleko příjmové zařízení pro cizince Ministerstva vnitra, tak i odtud k nám jezdí pacienti na ošetření, pokud lékař určený pro toto zařízení nevoládá poskytnout péči sám. V tomto zařízení jsou různé národnosti, např. Syřané, Íránci, Kubánci. Pokud navštívili naši nemocnici, tak s sebou vždy měli tlumočnicka. V poslední době obsazenost tohoto zařízení klesá“. Je patrné, že pacienti z příjmového zařízení

pro cizince, které spravuje Ministerstvo vnitra ČR, nenavštěvují nemocnici pravidelně, ale v případě potřeby, a mají zajištěné tlumočení – tím pádem zdravotníci nemusí řešit problém s komunikací. Z odpovědí obou respondentek je patrné, že Korejci, kteří se nevyskytli v odpovědích jiných respondentek, se objevují pouze v tomto regionu, a to kvůli práci v automobilovém výrobním závodě.

U zkoumaného okruhu je patrné, že se respondentky setkávají ve své každodenní praxi s pacienty-cizinci. Ovšem respondentky z pracovišť, která cílí na pacienty-cizince, ošetřují takové pacienty mnohem více než ostatní respondentky. Skladba a četnost setkání s pacienty-cizinci na pracovištích ostatních respondentek se mění dle pracovních či studijních příležitostí jednotlivých regionů. Města jako jsou Brno a Praha mají na svých územích zahraniční firmy, které cílí na pracovníky se znalostí angličtiny. Krom toho hostí obě města nemalý počet studentů vysokých škol, mezi nimiž jsou i zahraniční studenti. Moravskoslezský kraj má několik výrobních závodů, ve kterých jsou zaměstnaní i cizinci ze sousedních zemí, kteří vystačí s použitím rodného jazyka. Je zajímavé, že pouze jedna respondentka rozšířila skupinu pacientů odlišných etnik a kultur o Romy, což je z pohledu transkulturního ošetřovatelství naprosto správně. Z každodenního pohledu zdravotníků nevzniká s Romy zřejmě tolik komunikačních potíží jako s pacienty-cizinci.

6.3 Okruh 3 – Dostupnost písemných informací v cizích jazycích

Nedílnou součástí každodenní práce zdravotníka je vedení zdravotní dokumentace pacienta. Dílčí výzkumná otázka tedy zní: **Jakým způsobem řeší zdravotnický personál povinnou administrativu s pacienty z odlišných kulturních prostředí?**

Zajímalo mne, zda mají respondentky informovaný souhlas k potřebnému ošetření v cizích jazycích, bez kterého pacient-cizinec nemůže být ošetřen. Pacient může nesouhlasit s ošetřením, ale i v tomto případě je potřeba sepsat záznam o odmítnuté péči. Výjimkou ošetření bez souhlasu je stav nouze, kdy pacient je v bezvědomí, tj. nemůže podepsat informovaný souhlas. Všechny respondentky potvrdily možnost použití informovaného souhlasu v angličtině. Většina pracovišť respondentek je schopná poskytnout informované souhlasy v dalších jazycích, jako jsou francouzština, němčina či ruština.

První respondentka předává požadavky spojené s dokumentací pacienta v cizích jazycích na nemocniční cizinecké oddělení, které tyto požadavky zpracuje. Mezi častými požadavky je i příprava informovaného souhlasu. Dle první respondentky má nemocniční cizinecké oddělení přeloženo do cizích jazyků celou škálu různých souhlasů, které se používají pro různé typy výkonů.

Zdravotnické zařízení třetí respondentky je předem informováno o pacientech a jejich požadavcích, proto je schopno zajistit nejen informovaný souhlas, ale veškerou dokumentaci v potřebném jazyce. Tuto administrativu připravují dopředu, anebo na vyžádání ošetřujícího personálu, koordinátorky zdravotnického zařízení.

Odlisný postup je běžný u páté respondentky, která u pacientů z Polska a Ukrajiny užívá informovaný souhlas v češtině: *„S Poláky se domluvíme, zvládají přečíst informovaný souhlas v češtině. Ukrajinci většinou ovládají češtinu, pokud něčemu nerozumí, používáme Google Translator“*. Navíc tato respondentka uvedla, že mezi kolegy na oddělení mají: *„sestřičku z Vietnamu, paní doktorku z Ukrajiny, další kolegyně umí cizí jazyky. Zatím jsme si vždy poradili“*. Zajímavá shoda je u obou respondentek z Moravskoslezského kraje v komunikaci s pacienty z Koreje. *„Korejci k nám přicházejí vždy v doprovodu tlumočnicka, kterého jim poskytuje zaměstnavatel, je to potom jeho práce vysvětlit pacientům,*

co obsahuje informovaný souhlas,“ uvedla pátá respondentka a její regionální kolegyně tento postup potvrzuje: „pacienti-Korejci chodí na vyšetření či na příjem k hospitalizaci v doprovodu s tlumočnickem. Ten vyřizuje veškeré komunikační záležitosti. Zároveň máme kontakt na tlumočnicka, abychom v případě jeho nepřítomnosti byli schopni s pacientem komunikovat. Tlumočnick-doprovod zároveň zajišťuje stravu, na kterou jsou pacienti-Korejci zvyklí“. Bez takové pomoci tlumočnicka by byla komunikace a práce respondentek s pacienty z Koreje mnohonásobně ztížená. Zároveň je patrný zájem zaměstnavatele Korejců o své zaměstnance. Zajištění stravy, na kterou si pacient zvykl, je péče, která se shoduje s hodnotami kultury. Jedná se o čtvrtou úroveň modelu *Vycházejícího slunce*⁹⁰, který vytvořila Leiningerová a je považován za standard transkulturního ošetřovatelství.

Vlastnictví publikace *Rádce pacienta*⁹¹, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR také v anglickém jazyce, potvrdily všechny respondentky. respondentky 3 a 4 doplnily, že existující publikace byla upravena pro potřeby jejich zdravotnických zařízení, tím pádem vznikla interní verze *Rádce pacienta*, která se více zaměřuje na poskytované služby jejich zdravotnických zařízení. Vzhledem k tomu, že první respondentka odkazuje pacienty s veškerými dotazy na nemocniční cizinecké oddělení, o publikaci *Rádce pacienta* ví, ale nemá potřebu ji používat. Druhá respondentka uvedla absenci publikace v jejich zdravotnickém zařízení. Osobně jsem publikaci viděla v čekárně, je k nalezení i na intranetu zdravotnického zařízení této respondentky. Důvod rozporu vidím v tom, že rozsah činnosti druhé respondentky je poměrně široký, zároveň respondentka ovládá angličtinu, tím pádem publikaci nikdy nepotřebovala hledat.

⁹⁰ Pavlíková, S (2006). *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. s. 69

⁹¹ *Rádce pacienta*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html

Závěrem k problematice dostupnosti písemných informací v cizích jazycích lze říct, že zdravotnická zařízení, ve kterých respondentky pracují, mají k dispozici informovaný souhlas v angličtině a dále dle potřeby i v jiných jazycích. Respondentky 5 a 6 využívají u pacientů (Korejců) služeb tlumočnicka, který zprostředkuje nejen obsah informovaného souhlasu, ale také komunikaci zdravotníků s pacientem. U ostatních pacientů, například ze Slovenska, Polska a Ukrajiny, používají zmíněné respondentky informovaný souhlas v češtině, kterému pacient rozumí, v případě nejasností dohledají potřebné slovo pomocí slovníku.

Publikace *Rádce pacienta* je k dispozici na všech zdravotnických zařízeních v češtině v tištěné podobě. Anglická verze publikace je buď na intranetu, anebo také v tištěné podobě. Některá zdravotnická zařízení upravila publikaci *Rádce pacienta* pro interní potřeby a v potřebném jazyce, jako je tomu v případě respondentek 3 a 4, jejichž zařízení se zaměřují na hlavní oblasti poskytované péče.

6.4 Okruh 4 – Využití pomůcek v cizích jazycích a moderních technologií při komunikaci s pacientem

Cílem následujícího okruhu je odpovědět na dílčí otázku **Jaké dostupné komunikační prostředky používají respondentky při komunikaci s pacienty odlišných kultur?** které již byly popsány v teoretické části diplomové práce.

Komunikační karty⁹² jsou dostupné v různých cizích jazycích a jsou rozdělené na terapeutické oblasti. K dispozici jsou na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. Všechny respondentky uvedly, že komunikační karty běžně nepoužívají. Důvody byly různé; od zavedených rutinních postupů, přes neochotu skladovat větší objemy

⁹² *Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_1725_1.html*

tištěných archů. Komunikační karty mají nevýhodu, a to použití v běžném provozu. Představa, že bude zdravotník dohledávat tištěný arch či listovat v objemném šanonu a hledat potřebný výraz, je naprosto nereálná, obzvlášť v zařízeních, kde je velký obrat pacientů. Zdravotnické zařízení třetí respondentky použilo komunikační karty pro zpracování interních postupů a využilo přeložených odborných výrazů do cizích jazyků. Ambulance další respondentky zvolila stejný postup, přičemž zpracovala pro potřebu respondentky a jejích kolegyně přehledné komunikační archy zaměřené na jejich specializaci v některých často používaných cizích jazycích.

Největšího ocenění se dostalo překladači *Google Translator*, který používají všechny respondentky (soukromě či pro pracovní účely). Oceňují především praktičnost a rychlost používané aplikace. *Google translator* je bezplatná služba od Googlu, která umožňuje rychlý překlad slov, vět a webových stránek mezi 103 jazyky, přičemž 59 jazyků překládá v off-line režimu. *Google translator* může být používán na počítači, tabletu či chytrém mobilním telefonu. Výsledný překlad nebývá vždy přesný, i přesto je tato aplikace oblíbená, a to především kvůli rychlosti a dostupnosti výsledného překladu.

Je zajímavé, že i přesto, že každá respondentka vlastní chytrý telefon a používá *Google Translator*, ne každé zdravotnické zařízení toleruje použití soukromých mobilních telefonu či tabletů v pracovní době.

Na dotaz, zda využívají či mají zkušenost s klasickým tlumočnickem, respondentky z Moravskoslezských zdravotnických zařízení odpověděly již dříve kladně, popsaly spolupráci tlumočnicka s pacienty-Korejci. Šestá respondentka má zkušenost s pacienty z nedalekého zařízení pro žadatele o mezinárodní ochranu. Tito pacienti navštěvují zdravotnické zařízení v doprovodu tlumočnicka, jenž je poskytován a hrazen Ministerstvem vnitra, provozovatelem uprchlických zařízení.

První respondentka iniciativně tlumočnicka nevyhledává a nenabízí, ale má zkušenost, kdy: „byl člen rodiny, kolega z práce, člen komunitního spolku použit jako tlumočnick a doprovod pacienta. Máme zkušenost, kdy tlumočnickem byla i nezletilá holčička, ale vzhledem k jejímu věku nebyla některá sdělení vhodná a zároveň náročná pro správnost tlumočené informace“. Nemocniční cizinecké oddělení respondentky nabízí zajištění doprovodu tlumočnicka při ošetření, náklady na jeho služby se pohybují ve výši 300 Kč za 30 minut, jedná se o zaměstnance nemocničního cizineckého oddělení. Na jiných pracovištích nejsou nabízeny služby tlumočnicka aktivně, jsou zpoplatněné, a proto respondenty shodně jako předchozí respondentka zaznamenávají spíše doprovod pacienta-cizince kolegou, členem rodiny či komunitním spolkem než profesionálním tlumočnickem. V tomto případě by se měl zdravotník vyjadřovat jasně, omezit použití slangových či nejasných odborných výrazů v komunikaci jak s pacientem, tak i s doprovodem.

Jazyková aplikace REBO⁹³ je určena pro použití na počítači a umožňuje rychlý překlad celých vět. Aplikace používá málo rozšířené jazyky (mimo jiné aramejský nebo čínský), ale i takové, se kterými se některé respondentky setkávají často (polský nebo slovenský). Aplikace je rozdělená na okruhy, podle kterých je možné se rychle zorientovat a najít potřebný výraz. Výběr je umožněn mezi: všeobecnými informacemi, osobní anamnézou, časem a vnímáním času, čísly, bolestí, druhy oblečení, vylučováním, úrazem a dalšími oblastmi. I když všechny respondentky aktivně používají počítač na pracovišti, aplikaci REBO nepoužívá žádná z nich. Vnímám tuto skutečnost více jako nevědomost než neochotu, jelikož po skončení rozhovorů projevily čtyři respondentky zájem o instalaci a používání aplikace REBO. Respondentka, která má podporu nemocničního cizineckého oddělení, je spokojená se současným stavem. Pátá respondentka doplnila,

⁹³ Rebo. *Rebo* [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <https://rebo.rebomedic.ch/>

že používají aplikaci *Dotazník – posouzení zdraví*⁹⁴, která je jakousi alternativou k aplikaci REBO, ale bez využití cizích jazyků. Je zajímavé, že je tato aplikace výsledkem bakalářské práce kolegyně respondentky z jiného oddělení. Cílem její práce bylo umožnit dotazování pacientů s řečovými vadami či následky po mozkové příhodě. Obsluha aplikace je jednoduchá a kompatibilní s tabletem či chytrým telefonem. Otázky jsou doprovázeny piktogramy a jsou zaměřené na pacientovo vnímání zdraví, výživové návyky, spánek, vnímání smyslů či postoj k aktivitám a cvičení. Zkoumaných okruhů přibývá dle potřeb různých oddělení.

Aplikace *Universal Doctor Speaker*⁹⁵ je určena pro počítač, chytré telefony a tablety umožňující off-line režim. Hlavní výhodou aplikace je rychlost komunikace s pacientem a výběr ze 17 jazyků. Velkým benefitem je možnost přehrání otázky ve vybraném jazyce. Původní záměr aplikace byl pomoci lékařům a ošetřovatelům při snadnější komunikaci s uprchlíky při poskytování zdravotní péče. Nyní je aplikace používána v nemocnicích v zahraničí, přičemž je přizpůsobená potřebám jednotlivých zdravotnických zařízení. Pro některá zdravotnická zařízení je nevýhodou zpoplatnění použití aplikace. Je patrné, že tato aplikace je známá v zahraničí, v našem prostředí je téměř nepoužívaná. Respondentky shodně uvedly, že aplikaci *Universal Doctor Speaker* na pracovišti nepoužívají. Povědomí o této aplikaci potvrdila pouze jedna respondentka, protože ji zmiňoval její kolega, jenž se účastnil mise Lékařů bez hranic.

Počítače jsou požívané na všech pracovištích respondentek a jsou pokládány za naprostou samozřejmost. Chytrý telefon vlastní a používají i pro pracovní účely (dohledání překladu na *Google Translator*) téměř všichni,

⁹⁴ Dotazník – posouzení zdraví – Aplikace pro Android ve službě Google Play 2017. [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné

z: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.famiredo.hquiz&hl=cs>

⁹⁵ How it works, 2015 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.refugeespeaker.org/how-it-works.html>

s výjimkou respondentek ze soukromých zařízení cílených na pacienty-cizince. Zde mají dokonce omezení používat soukromé telefony a vyřizovat telefonáty v pracovní době. Tablety se na pracovištích respondentek začínají objevovat čím dál častěji. Na vybraných odděleních zdravotnického zařízení druhé respondentky probíhá testování tabletů, které by mohly usnadnit administrativu – tj. vše, co zaznamená, vyfotí či upraví zdravotník na tablet u lůžka pacienta, se přeneso do dokumentace v hlavním počítači. Podobnou snahu o zjednodušení administrativy má zdravotnické zařízení první respondentky, kde na odděleních využívají čtečky, pomocí kterých je možné monitorovat pacienta od zahájení až po ukončení léčby. Čtečky monitorují pouze dávkování léků a pravidelné úkony. Podobné čtečky jsou používané na pracovišti páté respondentky, ale navíc používají i tablety, na kterých je nainstalovaná zmíněná aplikace *Dotazník – posouzení zdraví*. Do tabletu je možné nainstalovat další aplikace, vždy se svolením nadřízených. Nejmodernější přístup je na pracovišti třetí respondentky, kdy je tablet používán pro vkládání dotazníků, podpis informovaných souhlasů, kontroly předepsané medikace, navíc je v tabletu také nainstalována interní aplikace, která nahrazuje komunikační karty či aplikaci REBO. Respondentka si praktičnost tabletu velice pochvaluje, kladně také hodnotí možnost průběžného záznamu do karty pacienta a mobilitu pohybu po zdravotnickém zařízení.

Na základě vyhodnocených odpovědí jsou patrné rozdíly v přístupu k moderním technologiím a dostupným prostředkům, které mohou pomoci a usnadnit každodenní práci zdravotníků s pacienty odlišných etnik a kultur.

Dle mého názoru mají provozovatelé soukromých zdravotnických zařízení sice vysoké požadavky na své zaměstnance, ale zároveň jim pro jejich práci poskytují moderní standard. Zdravotníci mohou v průběhu činností zaznamenat údaje na tablet, tím pádem není třeba cokoli dopisovat později. Zároveň je vidět, že si zaměstnavatel nepřeje, aby se zdravotníci

věnovali soukromým telefonům a telefonátům. Zároveň zaměstnavatelé poskytnou zdravotníkům takové pracovní pomůcky, které obsahují veškeré potřebné nástroje pro jejich práci.

Zajímavým řešením je podpora pracovnice nemocničního zařízení, ve kterém se aktivně používá aplikace, jež vznikla jako výsledek její bakalářské práce. Respondentka a kolegyně této pracovnice ji používá i při komunikaci s pacienty-cizinci. Zároveň by toto pracoviště mohlo, vzhledem k tomu, že již používá tablety, používat i další dostupné aplikace. Celkový dojem z veřejného zdravotního sektoru je takový, že pokud komunikace či systém práce nějak funguje, tak se další aktivita nebude vyvíjet. Soukromý zdravotní sektor používá moderní technologie a usiluje o nastavení vysokého standardu, což je dané také tím, že každé takové zařízení má konkurenci, která má zájem nejen o pacienta, ale i kvalitního zaměstnance.

6.5 Okruh 5 – Potřeba dalšího vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství

Medicína je velmi otevřený a progresivní obor. Nemocí, co před deseti lety nešly léčit, v dnešní době vyřeší menší zákrok. Zdravotník, který úspěšně ukončí své studium, se teprve začíná učit a zdokonaluje svou praxi. Důraz na další vzdělávání zdravotníků je velký⁹⁶. Ještě do nedávna nelékařský personál, mezi který patří i sestry (eventuálně zdravotní bratři), se potřeboval účastnit nejen povinných či nepovinných vzdělávacích kurzů, ale také sbírat potřebné množství kreditů celoživotního vzdělávání udělovaných za absolvování samostatných kurzů, přednášek a workshopů na kongresech. Tato povinnost mnohdy nutila zdravotníky účastnit se vzdělávací akce jen kvůli získání kreditů celoživotního vzdělávání. Pokud se

⁹⁶ Zákon č. 96/2004 ze dne 01. 04. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

má zdravotník sám rozhodnout o účasti na kurzu, který je přínosem, ale zaměstnavatel s jeho účastí nesouhlasí, pak musí pracovník kurz uhradit sám a kurzu se účastnit ve svém volném čase. Je samozřejmě diskutabilní, zda zdravotní sestra z očního oddělení potřebuje pro každodenní praxi vzdělávací kurz se zaměřením na endoskopii apod. Nicméně vzdělávací aktivity probíhají kontinuálně a cílem této práce je zjistit odpověď na otázku: **O jaké další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetřovatelství má zdravotnický personál zájem?**

Zajímalo mne, zda se respondentky zúčastnily v posledních pěti letech vzdělávacího kurzu, který byl zaměřen na práci zdravotníka s pacienty odlišného kulturního prostředí. Pouze tři respondentky odpověděly kladně. Jednalo se o první respondentku, která v rámci mentorského kurzu absolvovala také kurz *Práce sestry s pacienty odlišných kultur*. Zajímalo mne, zda si na něco z toho kurzu respondentka vzpomíná či něco aktivně používá v každodenní praxi. Jednalo se: „o radu, jak edukovat členy rodin romských pacientů, kdy je dobré vytipovat autoritu rodiny a komunikovat s ní. Tato autorita zvládne korigovat členy rodiny, kteří bývají v době nemoci příbuzného velmi emotivní a hojně navštěvují nemocného, nosí nevhodné jídlo a pití, čímž způsobují nespolupráci pacienta a prodlení hospitalizační doby“.

Další absolventky kurzu byly respondentky 3 a 4 z pracovišť cílicích na pacienty-cizince. Od takových pracovišť se očekává, že budou zaměřovat pozornost i na tuto problematiku. V případě třetí respondentky byl kurz rozšířen o komunikaci s pacienty ve stresových situacích. Respondentka dodala: „Součástí kurzu byly nahrané situace na video. Bylo to velice přínosné a pro nás možnost provést sebereflexi, zda vždy v podobných situacích jednáme profesionálně“. Čtvrtá respondentka absolvovala kurz, ale na předchozím pracovišti. Kurz se zaměřoval na sestry pracující na interních odděleních a upozorňoval účastnice na výživové požadavky pacientů odlišných etnik a kultur. Dle slov čtvrté respondentky: „kurz proběhl před nějakou dobou a nic

jsem z toho neuplatnila. Tehdy jsem pracovala v ambulanci a tento kurz byl zaměřen na ošetřovatele na odděleních“. Tato respondentka pracuje i nadále v ambulantním provozu, pouze změnila zaměstnavatele.

Ostatní respondentky se kontinuálně vzdělávají, ale absolvované kurzy byly vždy specializovaného zaměření.

Je zajímavé, že větší počet respondentek by uvítal vzdělávací kurz zaměřený na práci zdravotníka s pacientem odlišných etnik a kultur. Opačně odpověděly respondentky 5 a 6, které preferují kurz se specializovaným zaměřením. Ostatní respondentky se téměř shodly na tom, že kurz, který chtějí absolvovat, má být praktického zaměření, obsahovat příklady z praxe, zrekapitulovat kulturní a výživová specifika pacientů odlišných etnik a kultur. Ideální délka kurzu je půldenní či jednodenní kurz. Každá z respondentek zdůraznila ohodnocení vzdělávacího kurzu kredity celoživotního vzdělávání.

Rozhovory probíhaly v době, kdy nebyl kreditní systém změněn. Aktuálně změna zákona 96/2004 Sb.⁹⁷ zrušila kreditní systém evidence celoživotního vzdělávání pro nelékařská povolání. Zákon již nestanovuje žádný systém kontroly celoživotního vzdělávání. Nicméně každé zdravotnické zařízení má vytvořit svůj systém a dohlížet na rozvoj svých zaměstnanců. Tím vzniká prostor pro cílené nebo individuální celoživotní vzdělávání v rámci jednotlivých pracovišť. Věřím, že v nemocničních zařízeních brzy vznikne interní systém, který bude sledovat kontinuitu celoživotního vzdělávání.

Na základě zjištěných informací je patrné, že potřeba celoživotního vzdělávání v nelékařských profesích je podmíněná také zákonem, kterému se věnuje druhá kapitola teoretické části diplomové práce. Vzhledem

⁹⁷ Zákon č. 96/2004 ze dne 01. 04. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

k zaměření pracovišť respondentek je zřejmý rozdíl motivace a potřeby absolvovat kurz transkulturního ošetřovatelství. Je pochopitelné, že pracoviště respondentek cílící na pacienty-cizince požadují od zdravotnického personálu nejen jazykové znalosti, ale i citlivý přístup. Pro doplnění těchto dovedností jsou ochotni zaplatit kurz, který je připraven „na míru“ pro dané pracoviště. První respondentka absolvovala kurz se zaměřením na transkulturní ošetřovatelství v rámci jiného kurzu, ale vzhledem k nadstandardní podpoře nemocničního cizineckého oddělení si z obsahu kurzu pamatuje ojedinělý postup, který používá ve své praxi. Respondentky z Moravskoslezského kraje shodně potvrdily nezájem o problematiku transkulturního ošetřovatelství. Dle zkušenosti respondentek jim dosavadní znalosti a praxe stačí, aby své povinnosti vykonávaly odpovědně. Respondentky mají naopak zájem o další specializační vzdělávání. Ostatní respondentky projevily zájem o kurz transkulturního ošetřovatelství, představa o délce a obsahu se shodovala. Žádná z respondentek nezapomněla podotknout podmínku, aby byl kurz ohodnocen kredity celoživotního vzdělávání. Změna kreditního systému celoživotního vzdělávání nastala až po poskytnutí rozhovorů.

7 Závěr výzkumného šetření a doporučení

Na začátku výzkumného šetření byl stanoven cíl práce, a to analyzovat reálnou praxi transkulturního ošetřovatelství v rozdílných zdravotnických zařízeních a ověřit, jak jsou čeští zdravotníci připraveni poskytnout odbornou péči v souladu s českou legislativou a zvládnout potřebnou komunikaci s pacienty odlišného kulturního prostředí. Pomocí stanovených dílčích otázek byl získán následný závěr.

Jaké jazykové znalosti jsou předpokládány u zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních?

Pouze v případě dvou respondentek byla zjištěna podmínka znalosti anglického jazyka, přičemž znalost dalšího jazyka je velkou výhodou. Zdravotnická zařízení, která se orientují na zahraniční pacienty, vyžadují nejen odborné znalosti, ale i znalosti jazykové, jelikož větší procento pacientů nemluví a nerozumí česky. Jedná se o pacienty-cizince pobývající v České republice v různých režimech pobytu, anebo o cizince přijíždějících za účelem medicínské turistiky. Propojenost odborných a jazykových znalostí umožní zdravotnickému personálu vykonávat své povolání, komunikovat s pacientem a předcházet nepochopením či nedorozuměním. Při tak velkém počtu zahraničních pacientů je znalost cizích jazyků velmi důležitá, proto provozovatelé takových zdravotnických zařízení zájemce bez znalosti cizích jazyků do pracovního poměru nepřijmou.

Oproti tomu vystačily ostatní respondentky s jimi uvedenými znalostmi jazyků. Zaměstnavatelé těchto respondentek zajistili takovou podporu, aby se respondentky mohly více soustředit na odbornou stránku, než aby požadovali znalost cizích jazyků. Dle zjištěných údajů ošetřují respondentky také pacienty-cizince, ale poměr cizinců a českých pacientů je nižší než u předchozích respondentek, z toho důvodu stačí stávající jazykové znalosti. Dalším důvodem může být nedostatek zdravotního personálu,

a proto zdravotnická zařízení při náboru nových zaměstnanců nevyžadují znalost cizích jazyků.

Jak často se setkává zdravotnický personál na svém pracovišti s pacienty odlišného kulturního prostředí?

Na základě poskytnutých odpovědí je patrné, že všechny respondentky ošetřují pacienty odlišného kulturního prostředí. Rozdíl v četnosti setkávání s pacienty odlišného kulturního prostředí je srovnatelný, jak bylo prezentováno v předchozím okruhu. Zdravotnická zařízení, která cílí na pacienty-cizince, se vyskytují v takových zařízeních mnohem více než v zařízeních jiných. Dále je patrný regionální vliv na skladbu pacientů-cizinců, tím pádem i pokrytí potřeby, jak s takovými pacienty komunikovat.

Jakým způsobem řeší zdravotnický personál povinnou administrativu s pacienty z odlišných kulturních prostředí?

Dostupnost písemných informací v cizích jazycích je vyřešena na všech pracovištích. Jeden z klíčových dokumentů, informovaný souhlas, je k dispozici ve všech zdravotnických zařízeních v anglickém jazyce. Některá zdravotnická zařízení mají k dispozici dokumentaci i v jiných cizích jazycích, a to s ohledem na skladbu pacientů-cizinců v daném regionu. Někteří pacienti-cizinci jsou schopní přečíst a porozumět obsahu informovaného souhlasu v češtině. Ovšem některá zdravotnická zařízení využívají služeb odborného tlumočnicka, který je poskytován zaměstnavatelem pacientů-cizinců.

Jaké dostupné komunikační prostředky používají respondentky při komunikaci s pacienty odlišných kultur?

Dle poskytnutých informací je patrný rozdíl v tom, jak řeší zdravotnická zařízení pomoc při komunikaci s pacienty odlišných kultur. Soukromá zdravotnická zařízení preferují moderní komunikační pomůcky usnadňující

práci zdravotníků. Veškeré technologie či dostupné prostředky jsou přizpůsobené provozu daného zdravotnického zařízení a umožňují přehlednost, propojenost s hlavním systémem a mobilitu po zdravotnickém zařízení. Povědomí o dostupných komunikačních prostředcích (jako jsou komunikační karty či aplikace REBO), které byly prezentovány v teoretické části diplomové práce, většina respondentek neměla. Respondentky s oblibou používají soukromý mobilní telefon, na kterém používají aplikace pro překlad jednotlivých slov, což například u respondentek ze soukromých zdravotnických zařízení cílících na pacienty-cizince není povoleno. Zdravotnické zařízení jedné respondentky, které spadá do sítě nemocnic, podporuje aplikaci s piktogramy, která vznikla na základě doporučení závěrečné práce jedné pracovnice. Aplikace umožňuje získávat informace od pacientů se zhoršenými komunikačními schopnostmi, což se dá aplikovat i při komunikaci s pacienty odlišných kultur.

O jaké další vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství má zdravotnický personál zájem?

Výsledkem tohoto okruhu je potřeba dalšího vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství, ale pouze u čtyř respondentek. Zbývající respondentky nemají potřebu doplňovat poznatky v této oblasti, jeví zájem o specializační vzdělávání. Důvodem nezájmu o oblast transkulturního ošetrovatelství je subjektivní pocit respondentek a to, že při každodenní práci nezaznamenávají potíže při poskytování zdravotní péče pacientům-cizincům. Ostatní respondentky by se rády zúčastnily dalšího vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství v délce trvání půl dne až jeden den. Kurz by měl mít praktické zaměření, poskytovat příklady z praxe, zopakovat kulturní a výživová specifika pacientů odlišných etnik a kultur. Respondentky, které pracují ve zdravotnických zařízeních cílících

na pacienty-cizince, se účastní kurzů zaměřených na tuto problematiku častěji, což je dáno zaměřením pracoviště.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo seznámit s rozsahem transkulturního ošetrovatelství a analyzovat reálnou situaci v rozdílných zdravotnických zařízeních České republiky. Výběr okruhu byl záměrný, jelikož výsledky práce jsou určeny pro širokou veřejnost, mým cílem bylo přiblížit obor transkulturního ošetrovatelství z praktického pohledu. Snažila jsem se strukturu a návaznost prezentovaných okruhů postavit na jednoduchých otázkách: Proč je tento obor potřebný? Jak probíhá výuka nebo další vzdělávání v oboru transkulturního ošetrovatelství? Kdo je cizinec nebo pacient odlišné kulturního prostředí? Proč se orientovat v tom, na co máme právo a jaké máme povinnosti?

Na základě prezentovaných teoretických okruhů zkoumala empirická část, jak jsou čeští zdravotníci připraveni poskytovat ohleduplnou transkulturní péči ve svých zdravotnických zařízeních. Zjištěné skutečnosti poukazují na výrazné rozdíly v nastavených nárocích na zdravotnický personál, a to především ve znalosti cizích jazyků či pravidel chování na pracovišti. I přes takto rozdílný přístup a skladbu pacientů-cizinců v jednotlivých regionech je patrné, že je z pohledu respondentek transkulturní péče o pacienty zvládnutá. Ovšem, co je z pohledu respondentky jednoho zdravotnického zařízení zvládnutá poskytnutá péče, nemusí být z pohledu jiné respondentky dostačující. Tento výsledek není negativní, ale není možné paušalizovat hodnotu dobře nebo špatně na všechna pracoviště respondentek. Každé zdravotnické zařízení (a každý region) se potýká s jinými situacemi, jiným zaměřením a jinou skladbou pacientů-cizinců, což je potřeba zohlednit i při prezentaci výsledku kvalitativního šetření.

Důležité je dodat, že soukromá zdravotnická zařízení mají vyšší nároky na své zaměstnance než ostatní pracoviště, což je pochopitelně dané cílovou

skupinou pacientů těchto zařízení. Provozovatelé těchto zařízení si uvědomují konkurenční příležitost nejen z pohledu cílových pacientů, ale i z pohledu získání a udržení si kvalifikovaného personálu. Pro takové zařízení je důležité dobré hodnocení a reference, které zvýší prestiž u dalších potencionálních pacientů.

Jsem přesvědčená, že v soukromém zařízení by nemohla pracovat respondentka, která neovládá cizí jazyky a veškerou komunikaci vyřeší například s pomocí nemocničního cizineckého oddělení. Na druhou stranu je ocenitelné, jak elegantně vyřešila tato nemocnice komunikační potřeby právě zřízením zmiňovaného cizineckého oddělení. U tohoto příkladu se dá také konstatovat, že zdravotníci péči o pacienty odlišných kultur zvládnou poskytnout, přesto se domnívám, že by bylo bez pomoci nemocničního cizineckého oddělení zvládnání poskytování péče obtížnější.

Dalšími klíčovými nepřímými spoluúčastníky v oboru transkulturního ošetrovatelství jsou zaměstnavatelé cizinců, různé komerční a nekomerční organizace, které se snaží zprostředkovat komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem-cizincem.

Dle zkoumaných odpovědí je patrné, že respondentky nevyužívají tolik dostupných komunikačních prostředků, kolik jich mají volně k dispozici. Důvody jsou různé; od nezájmu o rozšíření znalosti v tomto oboru po nevědomost, že jsou takové prostředky a programy k dispozici. Domnívám se, že nastupující trend používání tabletů na pracovištích, který dle zkušenosti některých respondentek umožňuje větší mobilitu na pracovišti a sjednocování zápisů do patientských karet, otevírá prostor nejen pro zmíněnou efektivitu, ale i možnost používat dostupné komunikační pomůcky, jež byly zmíněny v teoretické části diplomové práce.

Obor transkulturního ošetrovatelství zatím nemá v České republice takovou tradici jako v jiných evropských zemích či USA, i přesto že statistické údaje poukazují na každoroční nárůst cizinců v různých

pobytových režimech na území České republiky. Tím pádem jsou zde potenciální pacienti, ke kterým je potřeba přistupovat odlišně z pohledu kulturního či jazykového. Nicméně kulturní rovina není zdravotníky tolik řešená, jako je tomu u domluvy s pacientem. Zdravotníci se mají možnost v rámci vzdělávání seznámit s koncepčním *Modelem vycházejícího slunce*, či *Modelem kulturně ohleduplné péče*. Dle zjištěných skutečností mají některé respondentky zájem o další vzdělávání v tomto oboru, které zopakuje kulturní a výživová specifika odlišných kultur, dále ocení příklady z praxe. Některé respondentky nemají zájem vzdělávat se v tomto oboru vůbec a preferují specializační vzdělávání, což potvrzuje vliv a podmínky daných zdravotnických zařízení.

Téma diplomové práce mi přišlo důležité a zajímavé, rozhodně si i při své práci všímám mnohem více věcí spojených s transkulturním ošetřovatelstvím. Každý z nás se může, plánovaně či neplánovaně, stát pacientem „odlišných kultur“ při jakékoli cestě do zahraničí. Dalším výzkumným cílem by mohlo být zaměřit se na propojení dostupných komunikačních prostředků pomocí tabletu či chytrých mobilních telefonů na pracovištích, která cílí na pacienty-cizince, anebo pomůcek pro pacienty, kteří potřebují zvládnout ošetření v kulturně odlišném zdravotnickém zařízení.

Seznam použitých zdrojů

- Candigliota, Z. (2011). *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích* (2., mírně upr. vyd.). Brno: Liga lidských práv.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2007). *Kultury a organizace: software lidské mysli: spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Praha: Linde.
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Chmelíčková, N., Votočková, V (2016) *Zákon o azylu. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- Kolektiv autorů (2003). *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava, Zdravotně sociální fakulta.
- Kopáčiková, M., Cetlová, L., & Stančiak, J. (2012). *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- Kutnohorská, J. (2008). *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Pavlíková, S (2006). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing.
- Průcha, J. (2001). *Multikulturní výchova: teorie – praxe – výzkum*. Praha: ISV.
- Průcha, J. (2010). *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing.
- Průcha, J. (2010). *Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Špirudová, L (2004). *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi*. Olomouc.

Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., & Halmo, R. (2006). *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing.

Šustek, P., Holčápek, T. a kol. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR.

Švaříček, R., Šedová, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Těšinová, J., Žďárek, R., & Polícar, R. (2011). *Medicínské právo*. V Praze: C. H. Beck.

Velký sociologický slovník. (1996). Praha: Karolinum.

Vondráček, L., & Ludvík, M. (2003). *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ.

Zákon o azylu: komentář. (2010). Praha: Wolters Kluwer Česká republika.

Zeleníková, R. (2014). *Transkulturní ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Seznam použitých internetových zdrojů

Akreditované vzdělávací programy – nconzo.cz. [online]. [cit. 10.11.2017].

Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/akreditovane-vzdelavaci-programy>

Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV. *Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV, 2017* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.suz.cz/>

BEC Seminar: Healthcare and Medical Services – Brno Expat Centre 2010

[online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <https://www.brnoexpatcentre.eu/event/seminar-healthcare-2017/>

Brno Expat Centre 2010 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné

z: <https://www.brnoexpatcentre.eu/>

Cizinci: Počet cizinců. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017].

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

Czech Tourism, 2017 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.czechtourism.com/tourists/health-spa/a-medical-tourism/a-medical-tourism-landing/>

Čerpání zdravotní péče cizinci | ÚZIS ÚZIS ČR, 2010 | *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>

Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2015 | ÚZIS ČR. *ÚZIS ČR* | *Ústav*

zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pece-cizinci-roce-2015>

Data – počet cizinců. *Český statistický úřad* | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017].

Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/4-ciz_pocet_cizincu

Dotazník – posouzení zdraví – Aplikace pro Android ve službě Google Play

2017. [online]. [cit.13.11.2017]. Dostupné z: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.famiredo.hquiz&hl=cs>

Feel at home in the Czech Republic | *Foreigners.cz*. *Feel at home in the Czech*

Republic | *Foreigners.cz* [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.foreigners.cz/>

How it works, 2015 [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.refugeespeaker.org/how-it-works.html>

Metodika – cizinci v ostatních zemích EU. *Český statistický úřad* |

ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <https://www.czso.cz/csu/cizinci/metodika-cizinci-v-ostatnich-zemich-eu>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [online]. [cit. 10.11.2017].

Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html

MPSV.CZ: Práva pacientů ČR. [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>

MUNI: Transkulturní ošetř. – před. – Informace o předmětu. *Veřejné služby*

Informačního systému [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: <https://is.muni.cz/predmet/med/podzim2017/MIKTO031p>

MV. *Aktuality – Správa uprchlických zařízení MV, 2017* [online].

[cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <http://suz.cz/>

Rádce pacienta. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010* [online].

[cit. 10.11.2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html

Rebo. [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: https://www.rebomedic.ch/pages/cs/kniha_rebo

Rebo. *Rebo* [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné z: <https://rebo.rebomedic.ch/>

Technologický park 2016 [online]. [cit. 13.11.2017]. Dostupné

z: <http://www.technologypark.cz/nasi-klienti>

V (MZ) 1 01 Roční výkaz o čerpání zdravotních služeb cizinci | ČSÚ. *Český*

statistický úřad | ČSÚ [online]. [cit. 10.11.2017]. Dostupné

z: https://www.czso.cz/csu/vykazy/v-mz-1-01_psz_2016

Seznam ostatních zdrojů

Vyhláška č. 98/2012 Sb. ze dne 01. 04. 2012 o medicínské dokumentaci.

Zákon 186/2013 Sb. ze dne 01. 01. 2014, o státním občanství České republiky

a o změně některých zákonů.

Zákon 326/1999 Sb. ze dne 01. 01. 2000, o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

Zákon 372/2011 Sb. ze dne 01. 04. 2012 o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon 89/2012 Sb. ze dne 01. 01. 2014 občanský zákoník.

Zákon č. 262/2007 Sb. ze dne 01. 01. 2007 zákoník práce.

Zákon č. 325/1999 Sb. ze dne 11. 11. 1999 o azylu.

Zákon č. 36/1967 Sb. ze dne 01. 07. 1967 o znalcích a tlumočnicích.

Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 01. 04. 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 96/2004 ze dne 01. 04. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
DVO	dílčí výzkumní otázka
HR	oddělení lidských zdrojů
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů
USA	Spojené státy americké

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdíly v chování u dospělých příslušníků různých kultur	23
Tabulka 2: Úrovně modelu vycházejícího slunce	28
Tabulka 3: Vývoj počtu cizinců v ČR podle typu pobytu k 31. 12. 2015	46
Tabulka 4: Počty ošetřených cizinců v nemocnicích a náklady na ošetření cizinců v nemocnicích v letech 2014-2015	47
Tabulka 5: Čerpání zdravotní péče cizinci celkem a z vybraných zemí v roce 2015. Cizinci dle státní příslušnosti, věkových skupin a způsobu úhrady zdravotní péče (počet osob)	49

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas pacienta	109
Příloha 2: Revers.....	111
Příloha 3: Etický kodex práv pacientů	113
Příloha 4: Komunikační karta pro pacienty cizince a zdravotníky.....	115

Příloha 1: Informovaný souhlas pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Poskytovatel zdravotních služeb: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Označení zdravotního výkonu nebo služby:

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Prohlašuji, že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Dne

Podpis pacienta:

Podpis zdravotníka, který informace podával:

Příloha 2: Revers

ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB – REVERS

Poskytovatel zdravotní služby: Poučující lékař (u nelékařské služby jiný zdravotník):

Jméno, příjmení a datum narození pacienta:

Údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách:

Údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta:

Prohlašuji, že shora uvedené informace mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny, dostatečně a srozumitelně vysvětleny, těmto informacím jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky a nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Současně prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedené potřebné zdravotní služby odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Místo, datum a hodina:

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis zdravotnického pracovníka, který informace poskytl (u lékařské péče a lékařských výkonů vždy lékaře):

Tato část se vyplňuje jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob, jak pacient projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

Příloha 3: Etický kodex práv pacientů

Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu,

případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Příloha 4: Komunikační karta pro pacienty cizince a zdravotníky

OŠETŘOVATELSTVÍ – ANGLICKÝ JAZYK

1 Informace při přijetí pacienta k hospitalizaci
Information on Admission of a Patient to a Hospital
Infrmejšn on edmišn ov e pejšnt tu e hospitl

1. Souhlasíte s tím, aby se na Vaší péči podíleli praktikující studenti? Ano /
Ne

Do you agree that practicing students (in training) will participate in your
care? Yes / No

Dů jů egrí det praktisink sřjůdents (in trejnink) vil partisipejt in jór kér? Jes /
Nou

2. Uveďte, prosím, kontakt na blízkou osobu, které mohou být podávány
informace o Vašem zdravotním stavu.

Can you give us the name of a relative (contact person) whom we can keep
updated on your medical condition.

Ken jů giv as d nejm v e relativ (kontekt prsn) hům ví ken kíp apdejtíd on jór
medikl kondišn?

3. Návštěvy jsou povoleny v libovolném čase, ale s preferencí v odpoledních
hodinách.

Visits are allowed at any time, but with a preference for the afternoon.

Vizits ár eláud et eny tájm, bat vit e prefrenc for dí áftrnůn.

4. Pojdte, prosím, se mnou. Uložím Vás na Vaše lůžko.

Please come with me. I will take you to your bed.

Plíz kam vit mí. aj vil tejk jů tů jór bed .

5. Pojdte, prosím, se mnou, ukážu Vám, kde je koupelna a toaleta.

Please come with me, I will show you where the bathroom and toilet are
located.

Plíz kam vit mí. aj vil šou jů ver d bátrům end tojlet ár lokejtíd .

6. Při potřebě stiskněte toto tlačítko a přivolejte sestru.

If needed, press this button to call the nurse.

Iv nídid, pres dis batn tu kól d nrz.