Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Porovnání dostupnosti zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České republice a ve Velké Británii.

Bakalářská práce

Autor práce: Anna Shivalanka
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 3. května 2013

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem: „Porovnání dostupnosti zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České republice a ve Velké Británii".

V současné době je multikulturní ošetřovatelství stále více diskutovaným tématem. Vznikají nové zdroje, které sestry informují, jak o pacienty z jiných kulturních skupin pečovat.

Hlavním cílem práce bylo zmapování a porovnání dostupnosti těchto zdrojů sestrám v České republice a ve Velké Británii a dále objasnění toho, jaké konkrétní zdroje sestry při práci s pacienty z minorit používají. Položily jsme si 3 výzkumné otázky: 1. Jak často se pracovníci českých a britských nemocnic dostanou do situace, kdy pečují o člověka z některé z minorit a potřebují ohledně této péče vyhledat informace? 2. Jaká je dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství? 3. Jaká je přehlednost a srozumitelnost zdrojů ohledně péče o příslušníky minorit, které jsou zdravotnickým pracovníkům k dispozici?

Bylo provedeno kvalitativní šetření, pro které byly stanoveny výzkumné otázky. Vlastní šetření probíhalo formou individuálního nestandardizovaného rozhovoru s výzkumným souborem, který tvořilo pět všeobecných sester z České republiky a pět všeobecných sester z Velké Británie. Rozhovory byly se svolením respondentů nahrány na diktafon, následně přepsány a anglické rozhovory byly přeloženy do češtiny.

Byl vybrán vzorek kolegyň, které autorka osobně zná, pracují v nemocnici, mají délku praxe minimálně 5 let a byly ochotné věnovat svůj čas potřebný na poskytnutí rozhovoru.

Rozhovory tvoří výzkumný podklad, ze kterého vycházejí kategorizační oblasti. Výsledky vycházejí z provedených rozhovorů a byly zpracovány pomocí rámcové analýzy (kategorizačních skupin).

Z těchto výsledků je patrné, že sestry ve Velké Británii se s pacienty z minoritních skupin setkávají častěji než jejich české kolegyně. Sestry z obou zemí si při své práci uvědomují, že existují specifika péče o jednotlivé minoritní skupiny.

Jazykovou bariéru řeší sestry v obou zemích podobně, ale britské sestry navíc uvádějí, že se snaží naučit základní slova v jazycích, se kterými se setkávají nejčastěji.

V oblasti multikulturního vzdělávání jsou britské sestry jednoznačně napřed. Co se týče vlastní iniciativy při vyhledávání zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství, většina českých sester necítí potřebu takové informace vyhledávat, zatímco všechny dotazované sestry z Velké Británie si takové informace dobrovolně a aktivně vyhledávají.

Značný rozdíl je i v přístupu k informacím na pracovištích. Většina českých sester uvádí, že takové zdroje na pracovišti nemají, zatímco všechny britské sestry vědí, kde tyto informace na svém pracovišti najít.

Všechny dotazované sestry – jak z České republiky, tak z Velké Británie – by uvítaly sjednocené zdroje, které by jim poskytly informace ohledně specifik ošetřovatelské péče o minoritní skupiny. Většina českých i britských sester také neví o konkrétním právním předpise, který by uzákoňoval péči o cizince.

Je nutné, aby si sestry uvědomovaly vlastní zodpovědnost za vzdělání a informovanost v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Nesmí jim být lhostejné pocity jejich pacientů z různých kultur, musí se aktivně vzdělávat a informovat v oblasti multikulturní péče a podílet se na jejím rozvoji. Sestry se také musí chovat tak, jak jim přikazuje Nursing and Midwifery Council and International Council of Nurses – především s bezpodmínečným respektem ke svým pacientům. Zodpovědnost za znalosti a schopnosti leží jak na sestrách samotných, tak na jejich zaměstnavatelích.

Účelem této práce je upozornit na nutnost osvěty a vzdělávání sester v oboru multikulturního ošetřovatelství, a to jak v základní přípravě na povolání, tak i v následných kurzech a ve formě sebevzdělávání. Tato práce by měla dále upozornit na nutnost jednotných, přehledných a uživatelsky přívětivých zdrojů, které budou dostupné všem sestrám.

Dokud nebudou sestry vzdělané i v oboru multikulturní péče, nemůže být ošetřovatelská péče poskytována holistickým způsobem, což je cílem moderního ošetřovatelství.

Klíčová slova: multikulturní ošetřovatelství – ošetřovatelská péče – znalosti sester – pacient – potřeby – zdroj

Abstract

Bachelor thesis entitled: "Comparison of the availability of resources on multicultural nursing in the Czech Republic and Great Britain."

Currently multicultural nursing is an increasingly discussed topic. New resources are being created that inform nurses how to care about patients from different cultural groups.

The main objective of the study was to explore and compare the availability of these resources to nurses in the Czech Republic and Great Britain and further clarification on what specific resources there are for nurses working with patients from minorities. We asked three research questions. Firsly, how often did staff in Czech and British hospitals get into a situation where they cared for people from some of the minorities and needed to seek information about such care? Secondly, what is the availability of resources on multicultural nursing? Thirdly, what is the clarity and intelligibility of resources on caring for members of minorities that are available to healthcare professionals?

Qualitative research was conducted which has been established for the research questions. The actual survey was carried out by non-standardized interviews with a research collection, which consisted of five nurses from the Czech Republic and five nurses from Great Britain. Interviews were recorded with the permission of the respondents, then transcribed and English interviews were translated into Czech.

The conditions for selecting respondents were: a sample of colleagues who personally knows the author and works in a hospital, have at least 5 years' experience and were willing to devote their time to the interviews.

Interviews formed a base for the research categorization. The results are based on the interviews and were processed using framework analysis (categorization groups).

From these results it is evident that nurses in Great Britain face patients from minority groups more often than their Czech colleagues. Nurses from both countries appreciate that there are specifics of care for each minority group.

Language barrier is resolved by nurses in both countries in a similar way. In addition the British nurses also stated that they tried to learn basic words in the language they encountered most often.

In the field of multicultural education the British nurses are in advance of the Czech ones. Regarding their own initiative when searching for resources on multicultural nursing, most Czech nurses do not feel the need to search for such information. All the interviewed nurses from Great Britain actively and voluntarily seek such information.

There is also a considerable difference in access to information in the workplace. Most Czech nurses stated that they do not have such resources in the workplace, while all British nurses know where to find this information at their workplace.

All interviewed nurses - both from the Czech Republic and Great Britain – would welcome a unified source that would provide them with information regarding the specifics of nursing care for minority groups. Most Czech and British nurses are also unaware of the specific legal provisions that would legislate the care of foreigners.

It is imperative that nurses are aware of their own responsibility for the education and awareness of multicultural nursing. They must not be indifferent to the feelings of their patients from different cultures and must actively educate and inform themselves about multicultural care and contribute to its development. Nurses must also behave as prescribed by the Nursing and Midwifery Council and International Council of Nurses – most importantly with unconditional respect for their patients. Responsibility for their knowledge and skills is up to the nurses themselves as well as their employers.

The purpose of this thesis is to highlight the need for awareness and education of nurses in the field of multicultural nursing, both in basic training, and in subsequent courses and in the form of self-education. This paper should also highlight the need for uniform, well arranged and user-friendly resource that will be available to all nurses.

Until nurses are well educated in the field of multicultural care, nursing care can not be provided in a holistic manner which is the goal of modern nursing.

Key words: multicultural nursing – nursing care – nurses‘ knowledge – patient needs – resource

Prohlášení

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

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

V Jindřichově Hradci dne 1.5.2013 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za pomoc, podporu a rady při psaní mé bakalařské práce. Děkuji i všem všeobecným sestrám, které mi poskytly rozhovor, za jejich ochotu a čas, který mi věnovaly.

OBSAH

ÚVOD

1 SOUČASNÝ STAV..... 12

1.1 Multikulturní ošetřovatelství v ČR..... 12

1.2 Multikulturní ošetřovatelství ve VB.....13

1.3 Migrace.....14

1.3.1 Migrace v ČR..... 15

1.3.2 Migrace ve VB..... 16

1.4 Přístup k pacientům z minorit v ČR..... 17

1.5 Přístup k pacientům z minorit ve VB..... 18

1.6 Multikulturní vzdělávání sester v ČR.....19

1.7 Multikulturní vzdělávání sester ve VB..... 20

1.8 Problémy imigrantů týkající se ošetřovatelské péče..... 21

1.8.1 Rozlišný přístup ke zdraví a různým životním situacím v minoritách.....22

1.9 Zdroje týkající se multikulturní ošetřovatelské péče.....22

1.9.1 Nadnárodní legislativa..... 23

1.9.2 Legislativa v ČR.....23

1.9.3 Legislativa ve VB..... 24

1.9.4 Zdroje v ČR týkající se multikulturní ošetřovatelské péče..... 24

1.9.5 Zdroje ve VB týkající se multikulturní ošetřovatelské péče..... 25

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... 28

2.1 Cíle práce..... 28

2.2 Výzkumné otázky.....28

3 METODIKA..... 29

3.1 Metodika práce.....29

3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... 30

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU……... 31

4.1 Přepis rozhovorů.....31

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů.....51

4.2.1 Seznam kategorizačních skupin..... 51
4.2.2 Sestry v České republice..... 52
4.2.3 Sestry ve Velké Británii.....55
5 DISKUZE..... 60
6 ZÁVĚR..... 67
7 SEZNAM ZDROJŮ..... 69
PŘÍLOHY

Seznam použitých zkratek

A&E	Accident and emergency [Oddělení Pohotovosti]
ARO	Anesteziologicko- resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DOH	Department of Health [Ministerstvo Zdravotnictvi]
EU	Evropská Unie
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICN	International Council of Nurses [Mezinárodní Rada Sester]
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo Práce a Sociálních Věcí České republiky
MVČR	Ministerstvo Vnitra České republiky
MZČR	Ministerstvo Zdravotnictví České republiky
NHS	National Health Service [Národní Zdravotní Služba]
NMC	Nursing and Midwifery Council [Rada Ošetřovatelství a Porodní Asistence]
ORL	Ušní- nosní- krční
OSN	Organizace Spojených Národů
RCN	Royal Colledge of Nursing [Královské Kolegium Sester]
SR	Slovenská republika
sv.	svatý/á
SZŠ	Střední zdravotnická škola
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VB	Velká Británie

Úvod

V moderním světě jsou skoro všechny lidské společnosti ovlivňovány různými kulturami, které se vzájemně prolínají a mísí. Většina industralizovaného světa se skládá z multietnických společností. S globalizací, nárůstem cestování a migrace je celý svět předurčen k tomu, aby se v příštích 20 letech stal multietnickým (Bhopal, 2007).

Je nezbytné, aby lidé rozuměli, respektovali a tolerovali různorodost kultur odlišných než je ta jejich. Toto je obzvláště důležité u zdravotnického personálu, který poskytuje péči v období zdraví i nemoci. V naší práci jsme se snažily zmapovat a porovnat dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovateltví v České republice a ve Velké Británii.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno proto, že je považujeme za velice důležité. Z vlastních zkušeností práce sestry v České republice a Velké Británii jsem si všimla rozdílu a chtěla jsem téma zpracovat akademicky. Dalším z důvodů byla aktuálnost dané problematiky. Multikulturní ošetřovatelství je v současné době často diskutovaným tématem u nás i ve světě.

Cíli této práce bylo zmapovat dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České republice a ve Velké Británii a zjistit, jaké zdroje sestry využívají při práci s pacienty z minorit v České republice a ve Velké Británii.

Tuto práci jsme započaly výzkumem současného stavu dle literatury, následovalo provedení a přepsání rozhovorů s pěti vybranými respondentkami z ČR a s pěti z VB. Rozhovory byly zpracovány do kategorizačních skupin a následně byla provedena diskuze nad získanými výsledky.

„Lidé všech kultur mají právo na to, aby, když potřebují zdravotní péči, byly jejich vlastní hodnoty, přesvedčení a potřeby chápány a respektovány...“

M. Leiningerová (str.6, 2002)

1. SOUČASNÝ STAV

Multikulturní ošetřovatelství začalo vznikat po 2. světové válce, od kdy se ošetřovatelství rozvíjí jako samostatný vědní obor. Průkopnicí v oboru multikulturního ošetřovatelství se stala americká pediatrická sestra, profesorka Madeleine Leiningerová, která zavedla pojem „transkulturní ošetřovatelství“ (Andrewsová a Boyleová, 2012).

Leiningerová si všimla značného vzrůstu kulturní diverzifikace společnosti a trendu směřujícího ke globalizaci (Leiningerová a McFarland, 2002). Proto se zasadila o vznik nového odvětví ošetřovatelství, které, jak tvrdila, nemá být izolované jen pro USA, ale je nutné, aby jej přijal celý svět (Dysonová, 2007).

Leiningerová sestavila takzvaný model vycházejícího slunce, který je založený na konceptu kulturní péče a ukazuje tři hlavní ošetřovatelské postupy, které slouží při poskytování kulturně kongruentní péče – to znamená, že péče je smysluplná a prospěšná lidem, kterým je poskytována (Andrewsová a Boyleová, 2012).

Tato původní teorie je neustále doplňována a rozšiřována odborníky nejen z oboru ošetřovatelství, ale i z dalších oborů jako například ze sociologie, sociálního lékařství, zdravotnicke etiky a antropologie (Ivanová, 2005). Profesorka Leiningerová jako jednu z hlavních zásluh antropologie označila zjištění, že stav zdraví a nemoci je výrazně ovlivněn kulturou (Andrewsová a Boyleová, 2012). Transkulturní ošetřovatelství je tedy kombinací antropologie a ošetřovatelství jak v teorii, tak i v praxi.

1.1 Multikulturní ošetřovatelství v České republice

Multikulturní ošetřovatelství v bývalém Československu vzniká po revoluci v roce 1989, kdy se otevřely hranice a do země začali přijíždět lidé z celého světa. Od té doby zde začínají vycházet různé publikace, vznikají manuály a standardy

a multikulturní ošetřovatelství je též zahrnuto do výuky sester (Ivanová, 2005). Hlavní odbornice zabývající se tímto tématem u nás jsou prof. PhDr. Valerie Tóthová, PhD, Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc., Mgr. Kateřina Ivanová, PhD a Mgr. Lenka Špirudová (Ivanová, 2005).

Problematika transkulturního ošetřovatelství se u nás poprvé veřejně prezentovala v roce 2000 na druhé konferenci ošetřovatelství nazvané „Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí" v Olomouci pořádanou Ústavem Teorie a Praxe Ošetřovatelství Lékařské Fakulty Univerzity Palackého. Této konference se zúčastnili experti z oboru ošetřovatelství ze šesti evropských zemí (Ivanová, 2005). Dále v ČR probíhají také další konference na toto téma, například „Multikulturní ošetřovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek" pořádaná v roce 2008 Střední Zdravotnickou Školou v Jihlavě (Křivánková, 2008).

Navzdory těmto iniciativám se zdá, že „celkově je u nás osvojování kulturní sensitivity u lékařů a zdravotnického personálu dosud nedostatečně zajišťováno vhodnými programy multikulturní přípravy" (Průcha, 2007, s. 171). Toto je zjevné obvzláště ve srovnaní s Velkou Británií, kde má multikulturní ošetřovatelství delší tradici.

1.2 Multikulturní oštřovatelství ve Velké Británii

Multikulturní ošetřovatelství se ve Velké Británii rozvíjí od začátku osmdesátých let minulého století a z velké části se opírá o model Madeleine Leiningerové; vznikají zde ale i další koncepty, například Benettův model interkulturní senzitivity nebo model rozvoje kulturních kompetencí vytvořený Papadopoulosovou, Tilkiovou a Taylorovou (Dysonová, 2007).

Hlavní iniciátorkou potřeby rozvíjet multikulturní ošetřovatelství ve VB je profesorka Irena Papadopoulosová. Při své práci komunitní sestry ve vysoce kulturně diverzifikovaném Londýně ji frustrovaly situace, ve kterých se nedokázala domluvit se svými pacienty, kteří nemluvili anglicky, žili často ve špatných podmínkách, ignorovali doporučení moderního ošetřovatelství a nadále používali metody laické péče

zakořeněné v jejich kultuře. Tato zkušenost ji naučila, jak důležité je respektovat přání jednotlivců, brát v úvahu jejich názory, upravovat péči tak, aby vyhovovala jejich potřebám, a spolupracovat s ostatními institucemi (Dysonová, 2007; Papadopoulosová 2006).

Papadopoulosová si uvědomila, že hlavním problémem jsou nedostatky ve vzdělávání sester, a od počátku osmdesátých let minulého století veškerou energii věnuje změně podle jejích slov takzvaného kulturně slepého kurikula (Dysonová, 2007; Papadopoulosová, 2006).

Další odborníci a odbornice vedle Prof. Ireny Papadopoulosové zabývající se tímto tématem ve Velké Británii jsou například Philip Burnard, PhD, Prof. Lorraine Culleyová, Paul Gill, PhD, Dr. Aru Nayaranasamy, Dr. Brian Nyatanga a další (Hollandová a Hoggová, 2010).

Tradice multikulturního ošetřovatelství je tedy ve Velké Británii rozvinutější než v České republice, a to díky větší diverzifikaci etnických skupin a delší historii migrace.

1.3.1 Migrace

Lidé se stěhovali v průběhu celé historie – často proto, aby zlepšili své životní podmínky, poskytli svým rodinám a dětem lepší příležitosti, nebo utekli před pronásledováním, nestabilitou a válkou (Bhopal, 2007). Stěhování mezi jednotlivými státy a kontinenty nikdy nebylo tak jednoduché, jako je dnes; chudoba a nemoc miliónů lidí je však nadále způsobována etnickymi konflikty, válkami, přísnými politickymi režimy a přírodními katastrofami. Toto způsobuje epidemii masové migrace, která se děje téměř po celém světe včetně Evropy (Papadopoulosová, 2006).

Podle Komise pro lidská práva OSN z roku 1951 je národnostní menšina „etnická skupina osob, která je na rozdíl od ostatního obyvatelstva státu početně menší, nezaujímá vedoucí postavení a její příslušníci – občané tohoto státu – vykazují v etnickém, kulturním, náboženském nebo jazykovém ohledu znaky, které je odlišují od ostatního obyvatelstva. Takové národnostní menšiny zároveň vykazují výraznou

sounáležitost, umožňující zachování vlastní kultury, tradic, náboženství a vlastního jazyka“ (Ivanová, 2005, s. 170).

Dle Průchy dnes téměř neexistuje země či stát, v němž by žili příslušníci pouze jednoho etnika. Ve většině zemí Evropy i jiných kontinentů žijí multietnické společnosti, tj. „takové populace, které jsou tvořeny příslušníky dvou nebo více etnik, rasových, náboženských či jazykových skupin, s více či méně odlišnou kulturou” (Průcha, 2007, s. 22).

Tato situace tedy upozorňuje na důležitost neustále rozvíjet teorii multikulturního ošetřovatelství a nadále podle ní vzdělávat všeobecné sestry.

1.3.1 Migrace v ČR

Historicky je situace v České republice a Velké Británii značně rozlišná. V Československu se po 2. světové válce uzavřely hranice. Kromě imigrace nepříliš velké skupiny politických uprchlíků z Řecka v 50. letech 20. století (asi 13 tisíc osob) k nám v rámci takzvané internacionální pomoci přicházeli mezi lety 1950 a 1989 na základě mezivládních dohod pouze studenti či zahraniční dělníci z Kuby, Vietmanu, Polska a z některých Afrických zemí, a to pouze v omezeném počtu (Uherek, 2008). Celkově proto malý rozsah imigrace způsobil nepřipravenost české společnosti přijímat nové, socio-kulturně odlišné obyvatelstvo, když se po revoluci v roce 1989 počet přistěhovalců, imigrantů a uprchlíků začal zvedat (Uherek, 2008).

Česká Republika uplatňuje po roce 1989 ve vztahu k imigraci vcelku liberální přístup. Důkazem je rychle rostoucí počet cizinců. V roce 1990 bylo v České republice registrováno více než 35 tisíc cizinců s povoleným pobytem a v roce 1999 zde žilo legálně již téměř 230 tisíc cizinců (Uherek, 2008). Další vzestup imigrace lze pozorovat po připojení České Republiky k Evropské Unii v roce 2004 a posléze i po začlenění do Shengenského prostoru v prosinci 2007 (Uherek, 2008; Špirudová, 2006).

Podle Uherka „globalizace a zvýšená mobilita pracovních sil v EU znamená i pro Českou Republiku nárůst počtu migrantů a vytváření etnicky a kulturně různorodého prostředí. Příliv většího počtu cizinců a s ním spojené společenské procesy jsou pro

homogenní české země relativně novým úkazem" (Uherek, 2008, s. 12). V současné době je na našem území necelých 500 tisíc cizinců se zaregistrovaným pobytem, skutečný počet cizinců je ovšem s největší pravděpodobností vyšší (www.mvcr.cz, 2013). V České republice žije celkem 10,5 milionů lidí, cizinců je zde tedy přibližně 5 % (www.czso.cz, 2013). Ve srovnání s Velkou Británií je to malé, ne však zanedbatelné číslo, a z hlediska multikulturního ošetřovatelství je to číslo významné.

1.3.2 Migrace ve VB

Podle Dysonové je „Velká Británie tradičně zemí imigrace a emigrace. Britská populace je výsledkem etnického a kulturního míšení příchozích migrantů s migranty již v zemi přítomnými" (Dysonová, 2007, s. 1). Do Velké Británie přicházelo obzvláště v období 50. a 60. let velké množství přistěhovalců zejména z britských kolonií, ale i z dalších zemí. V té době byla migrace povolena pouze za účelem sloučení rodiny a politického azylu.

V současnosti je situace poněkud odlišná. Liberální přístup umožnil udržování mnoha neevropských zvyklostí. Některé zvyky jako například polygamie byly zakázány, v jiných případech byla udělena výjimka – například Sikhové nejsou povinni nosit ochrannou helmu při stavebních pracech (Baršová a Barša, 2005).

Dle studie provedené britským ministerstvem vnitra z roku 2001 má imigrace pozitivní vliv na ekonomický růst. Výsledky této studie daly vznik reformám, které byly zahrnuty do zákona o občanství, migraci a azylu z roku 2002.

Reformy vedoucí k širšímu umožnění pracovní migrace jsou v Británii prováděny kontinuálně a výsledky těchto reforem jsou například zavedení slavnostních státoobčanských přísah pro nově naturalizované občany, bezplatná distribuce příručky Living in the United Kingdom [Život ve Velké Británii], nabídka individuálních mentorů pro imigranty, kurzy občanské výchovy a testování znalostí angličtiny (Baršová a Barša, 2005). Tyto reformy také pomohly situaci ve Velké Británii rozvinout "od multikulturní integrace etnických komunit k občanské integraci jednotlivců" (Baršová a Barša, 2005, s. 176 - 177).

Ve Velké Británii žije dle sčítání lidu z roku 2011 více než 63 miliónů lidí. Podrobné informace o minoritách nejsou z tohoto sčítání zatím zveřejněny, ale dle sčítání z roku 2001 je ve Spojeném Království 90 % bělochů, 5 % obyvatel je z asijského subkontinentu, což představuje přibližně 3,5 milionu lidí žijících převážně ve větších městech, a další 2 % obyvatel jsou černošské rasy (www.ons.gov.uk, 2013).

Přibližně 4,3 milionu lidí žijících ve Velké Británii se narodilo mimo její hranice a v londýnských školách mluví děti 307 různými jazyky (Papadopoulosová, 2006). Celkem je tedy ve Velké Británii přibližně 10 % občanů pocházejících z různých etnických skupin a toto má vyznamný dopad na přístup k pacientům ve zdravotnických zařízeních.

1.4 Přístup k pacientům z minorit v ČR

Na rozdíl od Velké Británie si v České republice na pacienty z ostatních etnických skupin teprve zvykáme. Otázka multikulturního ošetřovatelství je v posledních letech velice aktuální, protože i u nás jsme si začali uvědomovat, že je třeba respektovat odlišný způsob života, odlišná náboženství a zvyklosti lidí, kteří se do naší země přistěhovali (Ivanová, 2005).

Jak zjistila Tóthová se svým týmem v rámci grantového projektu NS/ 9606-3 s názvem „Zajištění kulturně diferencované ošetřovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice“ (Tóthová, 2009), lidé z minorit se v našem zdravotnictví setkávají s předsudky ke svému náboženství nebo i jim samotným a také s nízkou informovaností personálu o jejich kultuře a o jednotlivých náboženstvích. Respondenti v této studii dále uvádějí problémy s respektováním jejich intimity, jejich specifik ohledně stravování a celkově s dostupností jídel vhodných pro jejich odlišné diety. V této studii téměř všichni respondenti uvádějí, že specifika jejich kultury nejsou během hospitalizace respektována. Často se také zmiňují o špatném chování zdravotnického personálu vůči pacientům a o jejich nedostačující vzdělanosti v oblasti psychologie.

Podle zjištění Strakové (2012), která porovnávala úroveň vědomostí o ošetřování jedinců různých národností a etnik u sester z ČR a SR, jsou vědomosti českých sester

v této oblasti lepší než vědomosti jejich slovenských kolegyň. Ovšem z výzkumu vyplývá, že na základní otázky ohledně péče o pacienty z minoritních skupin zná v ČR správnou odpověď přibližně pouze polovina dotázaných. Tato situace poukazuje na to, že vzdělávání multikulturního ošetřovatelství není dostačující.

1.5 Přístup k pacientům z minorit ve VB

Ve srovnání s Českou Republikou jsou ve Velké Británii lidé historicky na soužití s různými etnickými skupinami zvyklí. Nejen pacienti, ale i značný počet sester samotných pochází z rozlišných kultur (Dyson, 2007). Jak píše Holland (2010) ve své knize „Kulturní povědomí v ošetřovatelství a zdravotnické péči", je důležité si uvědomit, že i vlastní kultura sestry ovlivní její vztah k pacientům.

Dle rozsáhlé studie pod názvem „Transkulturní ošetřovatelství: Jak sestry reagují na kulturní potřeby svých pacientů", kterou vedl profesor Aru Narayanasamy v roce 2003 bylo zjištěno, že většina britských sester reaguje na potřeby svých pacientů adekvátním způsobem, ovšem další vzdělávání v tomto oboru je i přesto nutné.

Tato studie zrcadlí zjištění Tóthové (2009) z pohledu sester. I ve Velké Británii je totiž v oblasti multikulturní péče dle výsledků Narayanasamyho studie nejčastějším nedostatkem péče o náboženské praktiky pacientů, o jejich specifické stravovací návyky a řešení jazykových bariér. Dále respondenti uvádějí, že se nejčastěji setkávají se specifiky péče o umírající a zemřelé pacienty jednotlivých minorit (Narayanasamy, 2003). Narayanasamy dále uvádí, že je dobře zdokumentováno, že je nutné, aby sestry věděly i o aspektech odlišných kultur. Uznává ovšem, že je téměř nemožné, aby se staly odbornicemi ve všech kulturách, kterých na světě existuje více než tři tisíce.

V transkulturní péči je zapotřebí, aby sestry respektovaly pacienta jako jedinečnou bytost s potřebami, které jsou ovlivňovány vlastním kulturním přesvědčením a hodnotami každého z nich (Narayanasamy, 2003). Hlavním posláním multikulturní péče je pochopit a poskytovat kulturně citlivou péči různým menšinovým skupinám, a potřeby pacientů by proto měly být plněny prostřednictvím kulturně přizpůsobených přístupů (Narayanasamy, 2003).

Jak je vidět, i ve Velké Británii, kde je multikulturní péče více rozvinuta než v České republice, je neustálé vzdělávání sester i nadále nutné.

1.6 Multikulturní vzdělávání sester v ČR

Vzdělávání všeobecných sester v České Repulice dnes probíhá na vysokých školách a upravuje jej Vyhláška 39/2005 Sb. o získání odborné způsobilosti nelékařských povolání.

Uvádí se v něm, že odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného vzdělávacího programu. Studium může probíhat v prezenční formě studia, které zahrnuje nejméně 3 roky studia a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin praktického vyučování.

Výuka může také probíhat v jiné než prezenční formě studia, kdy celková doba výuky nesmí být kratší, než je doba výuky v prezenční formě studia a zároveň nesmí být dotčena úroveň vzdělání. Minimální požadavky na programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání v tomto zákoně uvádějí, že studium v těchto programech musí zahrnovat poskytnutí znalostí a dovedností v etice zdravotnického povolání v oboru, tedy i v oblasti multikulturního ošetřovatelství (www.portal.gov.cz, 2013).

Na základní vzdělání všeobecných sester, po jehož absolvování je udělen titul bakaláře (Bc), může sestra navázat magisterským studiem a může ve studiu pokračovat a získat až titul profesora (Prof). Jediná univerzita v České republice umožňující získání titulu profesor je Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zde se také klade velký důraz na multikulturní ošetřovatelství jak po stránce výuky, tak po stránce výzkumu (www.zsf.jcu.cz, 2013).

Velice důležitou roli ve vzdělávání sester pak hraje celoživotní vzdělávání formou krátkodobých kurzů. Dle výzkumu Radky Prokešové a jejích spolupracovnic, který byl zveřejněn pod názvem „Obsah a zhodnocení celoživotního vzdělávání krátkodobých

kurzů pro všeobecné sestry“ (2009) shledávají sestry kurz Multikulturního ošetřovatelství jako velice přínosný a doporučily by jej i svým kolegům.

Ve srovnání s VB se v ČR multikulturní vzdělanost dostává do povědomí sester teprve v posledních letech. Je tedy nutné vynaložit o to větší úsilí, aby byly sestry o této problematice dostatečně informovány.

1.7 Multikulturní vzdělávání sester ve VB

Pojem „pre-registrační vzdělávání sester" popisuje program, který studenti ošetřovatelství ve VB absolvují za účelem získání kompetencí potřebných k registraci v institutu Nursing and Midwifary Council (NMC) (www.nmc-uk.org, 2013), což je ekvivalent české agentury ČAS.

Všechny sestry pracující ve Velké Británii musí být registrovány u NMC. Před registrací musí úspěšně absolvovat schválený program vzdělávání a musí také splňovat požadavek NMC mít „dobré zdraví a dobrou povahu”. Vzdělávací programy pro sestry ve Velké Británii probíhají ve vzdělávacích institucí schválených NMC. Kurzy obvykle trvají minimálně tři roky, přičemž alespoň polovina programu probíhá v klinické praxi s přímým kontaktem s pacienty a jejich rodinami (www.nmc-uk.org, 2013).

Aby byly splněny požadavky NMC, musí být tyto kurzy 4 600 hodin dlouhé a skládat se z 50 % teorie a 50 % praxe. První rok je společný základ programu a učí se v něm základní znalosti a dovednosti potřebné pro všechny sestry. Zbytek programu je specifický dle oblasti ošetřovatelství, kteří si studenti zvolili. Jedná se o ošetřovatelství dospělých, ošetřovatelství dětí, ošetřovatelství duševně nemocných a ošetřovatelství lidí s poruchami učení. Součástí kurikula je i multikulturní vzdělávání a významný přínos k multikulturní výchově představuje také zavádění výchovy k občanství (www.orbisscholae.cz, 2013).

Studenti oboru ošetřovatelství ve Velké Británii v současné době dostávají od vlády po dobu studia stipendium ve výši šesti až osmi tisíce liber ročne a ti s nezaopatřenými dětmi pak mohou dostávat i další přídavky (www.nmc-uk.org, 2013). Mnoho studentů jsou imigranti nebo pochází z kulturních menšin, což znamená, že jsou

citlivější ke kulturním rozdílům než představitelé většiny. Toto má také pozitivní dopad na úroveň multikulturního ošetřovatelství ve VB.
Také díky těmto faktorům je ve srovnání s ČR ve VB multikulturní ošetřovatelství na vyšší úrovni.

1.8 Problémy imigrantů týkající se ošetřovatelské péče

Problémy migrace, imigrace a kulturní diferenciace se samozřejmě proplétají celou společností, ale dopad na ošetřovatelství je obvzláště významný. Sestra musí pamatovat na problémy, kterými její pacient jakožto imigrant nebo člen odlišné etnické skupiny prochází. Jsou to například problémy s integrací do společnosti, adaptační syndrom, špatná finanční situace, jazyková bariéra, obavy z rasismu, smutek nebo stesk po vlasti (Špirudová, 2006; Andrewsová, 2012; Průcha, 2007).

Andrewsová (2012) ve své knize na téma transkulturních konceptů v ošetřovatelsví píše, že je přesvědčena, že schopnost sestry zhodnotit pacienta po kulturní stránce spolu se schopností kriticky myslet přispívá k potřebným dovednostem, na nichž je transkulturní ošetřovatelská péče založena. Pomocí tohoto přístupu budou sestry schopné poskytovat kulturně kompetentní a kontextově smysluplnou péči pro klienty z nejrůznějších kulturních prostředí lépe, než když si jen jednoduše zapamatují zdravotní pověry a praktiky jednotlivých kulturních skupin. Andrewsová je také přesvědčena, že sestry musí získat dovednosti potřebné k posouzení klientů z prakticky všech skupin, se kterými se mohou po dobu svého profesního života setkat.

Častým problémem v péči o pacienty z minorit je komunikace. Jak píše Horňáková (2008, s. 23-24) ve svém článku na téma multikulturní komunikace „je od každého z nás „požadováno“ ovládání sebe sama a využití komunikačních vědomostí a schopností se zřetelem na jiné kultury. Takový způsob komunikace představuje multikulturní komunikaci, která je spojena nejen s cizími jazyky, ale také s konvencemi a rituály příslušníků jiných kultur, tedy s komunikační etiketou, kterou bychom všichni měli poznat a respektovat. Seznámení se s historií, zvyklostmi, tradicemi, postoji ke

zdraví a k nemoci tvoří základ multikulturního přístupu sestry při ošetřování klienta jiné kultury“.

Multikulturní ošetřovatelství by tedy mělo být vyučováno se zvláštním zřetelem na umění komunikace.

1.8.1 Rozlišný přístup ke zdraví a různým životním situacím v minoritách

Komunikace ovšem představuje pouze jeden, i když velmi důležitý aspekt multikurního ošetřovatelství. Je třeba také pamatovat na to, že jednotlivé minority pohlíží rozlišně na mnoho životních situací, jako je například narození dítěte, smrt nebo svatba. Existují také odlišné modely rodiny s různym sociálním, materiálním a ekonomickym zázemím (Burnard a Gill, 2009).

Dodržování stravovacích návyků také představuje velmi významný faktor, například strava halal u muslimů, košer v judaismu nebo vegetariánství v hinduismu a budhismu. Jednotlivá etnika mají také rozlišné názory a hodnoty v oblasti zdraví a zdravotních praktik i rozlišné náboženské a duchovní pořeby (Špirudová, 2006).

Zdravotníci musí taktéž počítat s tím, že každá kultura má rozdílné způsoby komunikování zdravotních potíží, rozdílné znalosti o zdraví a nemoci. Je proto nutné, aby se v této oblasti vzdělávali a respektovali tato specifika (Průcha, 2007; Tóthová, 2009).

1.9 Zdroje týkající se multikulturní ošetřovatelské péče

Kulturní diverzifikace lidské společnosti, rozdílnost jednotlivých kultur, odlišný přístup k různým životním situacím a potřeba umět poskytnout adekvátní ošetřovatelskou péči zapříčinila nutnost vytvořit zdroje, podle kterých se mohou sestry řídit tak, aby poskytovaly péči vyhovující pacientům z jednotlivých etnických a náboženských skupin (Bhopal, 2007). Tyto zdroje se v různých zemích liší.

1.9.1 Nadnárodní legislativa

Následující seznam představuje výběr těch nejdůležitějších zdrojů nadnárodní legislativy.

- Mezinárodní právní úprava péče o zdraví (poskytování zdravotní péče příslušníkům cizích států)
- Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace;
- Deklarace o právech příslušníků národnostních, etnických, náboženských a jazykových menšin OSN;
- Charta pro regionální a menšinové jazyky;
- Rámcová úmluva o ochraně národnostních menšin;
- Směrnice 2000/43/EC o rovném zacházení bez ohledu na rasový nebo etnický původ;
- Směrnice 2000/78/EC o zákazu diskriminace v zaměstnání;
- Nařízení Rady č. 1035/97 o vzniku Evropského monitorovacího centra rasismu a xenofobie aj.
- Deklarace UNESCO o toleranci z roku 1995
- Práva pacientů

1.9.2 Legislativa v ČR

Následující seznam představuje výběr těch nejdůležitějších zdrojů legislativy České Republiky.

- Zákon č. 2/1993 Sb., listina základních práv a svobod
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 2/2002 Sb., zákon o azylu
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky

- Vyhláška č. 224/2002 Sb., kterou se stanoví rozsah činností zdravotnických zařízení v oblasti zabránění vzniku, rozvoje a šíření onemocnění tuberkulózou, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění

1.9.3 Legislativa ve VB

Následující seznam představuje výběr těch nejdůležitějších zdrojů legislativy Velké Británie.

- The Human Rights Act (1998) [Zákon o lidských právech]
- The Race Relations Amendment Act (2000) [Novela rasových vztahů]
- The Patient Focus/ Involving People Strategy (2001) [Zaměření na pacienta/ strategie zapojení lidí]
- Spiritual Care policy in Health Department (2002) [Zákon ministerstva zdravotnictví o duchovní péči]
- The NHS Reform Bill (2004) [Návrh zákona na reformu NHS]
- The Immigration and Asylum Act (2004) [Zákon o přistěhovalectví a azylu]

1.9.4 Zdroje v ČR týkající se multikulturního ošetřovatelství

Základním zdrojem a vodítkem českých sester je ve všech ohledech ošetřovatelské péče Etický kodex sester vydaný Mezinárodní radou sester (International Council of Nursing), který, jak cituje Tóthová (2009), mimo jiné prohlašuje, že ošetřovatelská péče není omezována úvahami nad věkem, barvou pleti, přesvědčením, kulturou, rasou nebo sociálním postavením.

V posledních letech u nás byly vydány knihy, uživatelské manuály, příručky i standardy týkající se multikulturní péče. Většina z nich vzniká na základě grantů poskytnutých MVČR nebo MZČR (Špirudová, 2006). Velice užitečný je manuál pro lůžková zdravotnická zařízení s názvem „Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur“, který vznikl jako výstup dvouleté práce na projektu „Překonávaní komunikačních

a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR. Vytvořil jej v roce 2004 autorský tým vedený Mgr. Lenkou Špirudovou.

Jak je uvedeno v kapitole o způsobu využití tohoto manuálu, je primárně určen managementu lůžkových zdravotnických zařízení v ČR, ale jsou zde i informace pro přímé poskytovatele péče. Nabízí jim informace, řadu doporučení a konkrétní pomůcky k použití, například slovník či komunikační karty. Ucelený systém informací by měl zdravotníkům pomoci k tomu, aby se zorientovali v oblasti transkulturní péče. Dále by měl přispět k implementaci právních a etických principů do praxe, protože zpřístupňuje kompletní přehled platné legislativy a je možno jej doplňovat o novelizace.

Tento manuál je dostupný online v elektronické podobě, takže si jej mohou jednotlivá zdravotnická zařízení nainstalovat do svého informačního systému. Díky tomu může byt neustále k dispozici jednak personálu, tak i pacientům v zařízeních, kde mají přístup k počítači. Kdykoliv je tak možné z jeho kapitol vytisknout potřebnou informaci či dokument, který pomůže zdravotníkovi i pacientovi.

Tento manuál by měl také pomoci pacientům a jejich rodinám zvládnout nelehké období nemoci a s ním spojenou hospitalizaci, alespoň v těch nejzákladnějších oblastech. Pomůže jim dorozumět se a získat pocit bezpečí, jistoty a důvěry v české ošetřující profesionály a kvalitu jejich práce (Špirudová, 2004).

1.9.5 Zdroje ve VB týkající se multikulturního ošetřovatelství

Ve srovnání se situací v ČR je ve VB zdrojů více a jsou lépe dostupné. Ve VB vydává NMC vlastní kodex chování (The Code of Conduct), přezdívaný také jen „The Code“. Zde je zmíněn každý důležitý bod chování sestry. Píše se zde například, že sestra musí zacházet s lidmi jako s jednotlivci a respektovat jejich důstojnost, a dále, že nesmí žádným způsobem diskriminovat ty ve své péči a musí umět uznat a respektovat přínos, který pacienti mají na své zdraví poskytováním sebepéče. Dále sestry nabádá k tomu být otevřené a upřímné, jednat čestně a zachovávat dobrou pověst své profese (NMC, 2008).

Ve Velké Británii také vychází velký počet knih na téma multikulturního ošetřovatelství a sestrám jsou k dispozici mnohá školení. Existují zde již zaběhlé protokoly, standardy, a další zdroje (policies, guidelines, baselines of care, practice framework, National Service Framework, benchmarks).

Na stránkách Royal Colledge of Nursing je všem sestrám k dispozici manuál s názvem „Transcultural Health Care Practice: An educational resource for nurses and health care practitioners“ [Transkulturní zdravotnictví v praxi: vzdělávací zdroj pro sestry a odborníky na zdravotní péči] (Husband a Torry, 2004). Je umístěn na webových stránkách RCN, kde sestry a další odborníci z praxe mohou zadarmo získat snadný přístup k informacím užitečných jak pro ně samotné, tak pro jejich praxi.

Poskytuje srozumitelný přehled oblasti multikulturní ošetřovatelské péče, čímž překlenuje znalostní mezery, a může být využíván sestrami, pacienty i dalšími odborníky. Sestry jej snadno naleznou, protože je součástí stránek RCN. RCN uděluje jednotlivým uživatelům právo využívat tyto materiály pro vlastní profesní rozvoj nebo k usnadnění své činnosti v oblasti vzdělávání a výuky ostatních (RCN, 2004).

Pomocí protokolů, standardů, policies a guidelinů lze posílit sebedůvěru a profesní rozvoj sester. Protokoly poskytují jasnou, logickou strukturu a proto větší důvěru pro klinický management. S cílem vytvořit protokoly, standardy a další zdroje, které budou co nejvíce relevantní pro praxi, se doporučuje zapojit celý tým a vytvořit si dokumenty vlastní. Tak se zajistí, že budou vhodné pro praxi a snadno použitelné (Papadopoulosová, 2006; Bhopal, 2007).

Terminologie pro protokoly, guideliny a standardy je často zaměňována. Nicméně ale jsou to různé dokumenty, a aby je sestry uměly efektivně využívat, musí znát jejich definice.

Protokol – je dohodnutý rámec vymezující péči, která bude poskytnuta pacientům v určité oblasti péče. Nepopisují, jak má být určitý ošetřovatelský zákrok proveden, ale proč, kde, kdy a kým je ošetřovatelská péče poskytnuta.

Standard – je prohlášení, vytvořené na základě konsensu, který jasně určuje požadovaný výsledek. Obvykle se používá v rámci auditu jako měřítko úspěchu.

Policy – je formální písemné prohlášení podrobně popisující danou ošetřovatelskou intervenci, která má být použita v konkrétní situací.

Guideline – je systematicky odvozené prohlášení, které pomáhá zdravotníkům učinit rozhodnutí o péči ve specifických klinických situacích. Tyto by měly vycházet z důkazů, nebo být podloženy výzkumem (NMC, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České republice a ve Velké Británii.
2. Zjistit, jaké zdroje sestry využívají při práci s pacienty z minorit v České republice a ve Velké Británii.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak často se pracovníci českých a britských nemocnic dostanou do situace, kdy pečují o člověka z některé z minorit a potřebují ohledně této péče vyhledat informace?
2. Jaká je dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství?
3. Jaká je přehlednost a srozumitelnost zdrojů ohledně péče o příslušníky minorit, které jsou zdravotnickým pracovníkům k dispozici?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro naši bakalářskou práci jsme si zvolily kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů.

V teoretické části jsme čerpaly jak z českých zdrojů, tak těch anglicky psaných. Jednalo se o knihy, články z odborných časopisů a elektronické zdroje.

Pro zvýšení objektivity jsme se obrátily i na odborníky v oblasti multikulturního ošetřovatelství na univerzitách ve Velké Británii. Emailem jsme kontaktovaly Dr. Aru Narayanasamyho z univerzity v Nottinghamu, Prof. Irenu Papadopoulosovou z Middlesexské univerzity v Londýně a Prof. Lorraine Culleyovou z DeMontfortské univerzity v Leicesteru.

Odpověděl nám Dr. Aru Narayanasamy, který na Nottinghamské univerzitě zastává pozici docenta na Fakultě medicínských a zdravotních věd v oboru Vzdělávání sester a v oboru Kultura a duševní zdraví. Poskytl nám jak přístup k jeho mnohým článkům, tak i užitečné rady.

U všech rozhovorů byla zachována anonymita. Z identifikačních údajů je uvedena pouze délka praxe a pozice, na které dotazované všeobecné sestry pracují. Dále se rozhovor skládal z 13 otázek, které se týkaly mutlikulturního ošetřovatelství, subjektivních zkušeností jednotlivých sester, míry vědomostí a dostupnosti zdrojů na toto téma- viz. příloha. Rozhovory byly provedeny při osobním kontaktu s respondentkami, nebo formou videokonferece pomocí Skype. Byly nahrány na diktafon a následně přepsány. Ty, které byly vedeny v anglickém jazyce, byly také přeloženy do češtiny.

Poté byly rozhovory zpracovány do 12 kategorizačních skupin, které jsme rozpracovaly zvlášť pro sestry české a anglické, aby bylo patrné srovnání. V závěru jsme provedly diskuzi nad zjištěnými daty.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Skupina respondentů je tvořena 5 sestrami z České republiky a 5 sestrami z Velké Británie. Výzkumný soubor je sestaven z všeobecných sester, které pracují v nemocnici. Délka praxe respondentů se pohybuje mezi 7 a 18 lety a zastoupeno je ženské i mužské pohlaví. Všichni dotazovaní s provedením výzkumu souhlasili.

Byl vybrán vzorek kolegyň, které autorka osobně zná, pracují v nemocnici, mají délku praxe minimálně 5 let a byly ochotné věnovat svůj čas potřebný na poskytnutí rozhovoru.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Přepis rozhovorů

Sestra 1

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Pracuji od roku 2006. Pracovala jsem nejdříve ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně na všeobecném interním oddělení. Poté jsem přestoupila do Masarykova onkologického ústavu v Brně, kde pracuji již přes rok a půl na oddělení onkologické gynekologie a urologie. V obou případech jsem pracovala jako všeobecná sestra.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Ano setkala, byli to většinou romští spoluobčané. Dále Ukrajinci a Mongolové.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

Klasická ošetřovatelská péče na lůžkovém interním oddělení. Z národností to byli hlavně Ukrajinci a Mongolové.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

U Romů – horší adaptace v nemocnici, odmítání nemocničního jídla, nedodržování léčebného režimu, horší snášení bolesti. U Ukrajinců jsem si žádných specifik nevšimla. A u pacientů mogolské národnosti byla hlavním problémem nedůvěra pacientky, kdy odmítala téměř vše, protože nám nevěřila.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Ani ne, spíše byl problém u pacientů, kteří nemluvili česky. Bylo těžké jim vysvětlit, co se děje.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Hlavně s problémy v komunikaci – jazyková bariéra, kdy jsem nebyla schopna získat od pacienta informace a ani mu nic vysvětlit.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Většinou pomáhal lékař, který se s pacientem domlouval anglicky. Také se stalo, že překládala uklízečka, která je Ukrajinka. Občas využíváme pomoci pacientovy rodiny, která tlumočí.

Byl předmět multikulturní péče součástí Vaší přípravy na povolání sestry? Navštívila jste případně nějaký kurz?

Ne.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Musím se přiznat, že jsem takové informace nikdy nikde nehledala. Ale asi bych hledala na internetu?

Jak byste věděla, zda můžete zdroji důvěřovat?

To nevím.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Nevím.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Ano, bylo by to velmi vhodné.

Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

Ne, myslím si, že není.

Sestra 2

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Třináct let pracuji v intenzivní a resuscitační péči, v současné době na pozici sestry-vedoucí směny na anesteziologicko resuscitační klinice – na lůžkách. Zodpovídám za plynulý chod oddělení, organizuji práci na pracovišti (ve směně je obvykle osm až deset sester, 1-2 sanitáři a 1 sanitářka), zajišťuji intervenci a emergency a zároveň resuscitační tým pro celý areál nemocnice (pouze tehdy smím opustit své oddělení). Mám oprávnění vykonávat vysoce specializované výkony na svém pracovišti, jako je extubace;

kardioverze; defibrilace; cévkování muže; atd. V případě nedostatku sester na směně jsem samozřejmě i u lůžka pacienta.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Ano setkala jsem se s Romy, Vietnamci, Ukrajinci, Slováky, Poláky a dalšími.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

Resuscitační a intenzivní péče pacientům těchto národností – Vietnamcům, Ukrajincům, Slovákům, Polákům, Němcům, Rakušanům, Angličanům, Rusům, Švédům, Portugalcům či Španělům, Arabům a Romům.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

U Arabů se muž vždy odvrátil k oknu při vstupu jakékoli ženy do místnosti a dokud neodešla, tak zůstal upřeně koukat ven. Když do místnosti vstoupil muž, byl velmi přátelský a nezáleželo na jeho postavení (sanitář x lékař); jeho desetiletý syn se na ženy díval velmi pohrdavě a arogantně je přehlížel a matka jen stála v povzdálí, ustrašená a modlící se. Romové si vždy přejí své zemřelé osobně omýt a obléknout, pomodlit se a tak se s nimi i rozloučí. Odmítají pitvu. Jako pacienti jsou velmi afektovaní, hluční a plačtiví. Vietnamci jsou velmi pokorní, vděční, přičinliví, poslušní, skromní. Snaží se na sebe co nejméně upotávat pozornost a za vše velmi děkují.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Nemusela jsem danou problematiku řešit, neboť se vždy jednalo o první pomoc.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Jazyková bariéra, nepojištěnost, strach a obava z budoucnosti.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Požádala jsem o překlad kolegyni, která umí anglicky a německy. Eventuelně se podívám do slovníku na internet. Pokud se jedná o jiný jazyk, obvykle požádáme příbuzného pacienta o překlad jednoduchých vět, jako například: “Teď Vám vyčistíme zuby”, vždy si necháme napsat i výslovnost. Při větším rozhovoru je případně zavolán překladatel.

Byl předmět multikulturní péče součástí Vaší přípravy na povolání sestry? Navštívila jste případně nějaký kurz?

Ne.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Takové informace jsem nevyhledávala.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Nejsem si toho vědoma.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

V problematice první pomoci to asi není extrémně podstatné.

Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

To opravdu netuším.

Sestra 3

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Pracuji jako sestra již 15 let. Převážně v interních oborech. V současné době pracuji na interním lůžkovém oddělení a na příjmové interní ambulance středně velké nemocnice. Zastávám pozici všeobecné sestry.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Setkala jsem se hlavně s romskou minoritou. Dále s Ukrajinci, Vietnamci a občas – hlavně v létě i s pacienty ze zemí západní Evropy, kteří jsou zde na rekreaci.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

V rozsahu interní příjmové ambulance a interního lůžkového oddělení jsem poskytovala péči všem již zmíněným skupinám.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

Romové málo důvěřují personálu – myslím si, že mají špatné zkušenosti. Také již předem předpokládají, že se s nimi bude zacházeno hůře než s ostatními, což může způsobovat zbytečné napětí ve vztahu sestra – pacient. Sestra má pak nelehký úkol

získat důvěru pacienta a jeho rodiny, což se jí někdy ani za dobu hospitalizace nemusí podařit. Ukrajinci jsou zvyklí poslouchat personál na slovo a často jsou až bojácní. U Vietnamců je evidentní veliká pokora, skromnost. Co se týká snášení bolesti, počkají, až je opravdu nesnesitelná, než požádají o analgesii. Občané západní Evropy jsou výrazně sebevědomější než běžný český pacient. Znají svá práva a jsou velice slušní.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Musím přiznat, že než jsem se setkala s předmětem multikulturní ošetřovatelství na vysoké škole, když jsem studovala bakalářské stadium, úplně jsem nad specifickými potřebami jednotlivých minorit nepřemýšlela. Nyní již vím, že jsem měla mnohé nejasnosti, i když jsem o nich třeba ani nevěděla, a bohužel take mnohé předsudky, které jsou v naší společnosti pevně zakořeněné.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Nedůvěra ze strany pacienta i jeho rodiny, jazyková bariéra.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Nejčastěji jsem požádala o překlad člena rodiny, nebo doprovod pacienta, který uměl česky. Pokud pacient uměl anglicky, byla jsem schopna se na základních věcech domluvit, případně jsem se podívala do slovníku na internetu.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Zatím jsem nepotřebovala žádné informace vyhledávat, ale asi bych se podívala na internet, případně do nějaké literatury. Četla jsem také několik článků v časopise Sestra. Většinou se snažím informace ohledně kulturních odlišností získat buď přímo od pacienta nebo od jeho rodiny.

Jak jste věděla, zda můžete zdroji důvěřovat?

Články v některých odborných časopisech bývají recenzované.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Myslím si, že ne. Pro knihy a časopisy si ale mohu dojít do nemocniční knihovny.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Určitě! Takový přehledný manuál by byl velice užitečný.

Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

Myslím si, že asi ano, ale nevím, jakým konkrétním zákonem.

Sestra 4

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni

Na pozici všeobecné sestry pracuji už 18 let, hlavně v interních oborech. I teď pracuji na interním ve velké nemocnici.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Ano, s pár pacienty jsem se setkala. Byli převážně vietnamské národnosti.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

Poskytovala jsem běžnou ošetřovatelskou péči se všemi běžnými vyšetřeními v rámci interního oddělení.

Byl předmět multikulturní péče součástí Vaší přípravy na povolání sestry? Navštívila jste případně nějaký kurz?

Ne.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

Měla jsem problém se dorozumět. Klienti sami byli tiší, což zvyšovalo mou nejistotu, zda mi rozumí, ještě více.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Ne, neměla jsem žádné nejasnosti.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Problém byl hlavně v komunikaci, vysvětlení, co jim budu provádět a co se žádá od nich. Také přípravy k vyšetření, odběry materiálu, kdy je třeba vysvětlit postup. Informace ohledně alergií a informace ohledně účinnosti léků.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Rukama nohama.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Informace jsem bohužel z důvodu nedostatku času nehledala.

A pokud byste se rozhodla je hledat, například na internetu, jak byste věděla, zda můžete zdroji důvěřovat?

To nevím.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Je vypracován hromadný standard s adresami překladatelů do cizích jazyků, práva pacientů jsou vypracována v několika jazycích, na porodnici mají nejdůležitější fráze na piktogramech. Jiné pomůcky neexistují.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Ano.

Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

Nevím.

Sestra 5

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu, během jejího studia i následně jsem pracovala na částečný úvazek na chirurgické ambulanci a v agentuře domácí péče, po ukončení SZŠ jsem začala studovat na zdravotně sociální fakultě obor rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Po promoci jsem nastoupila jako sestra na ORL ambulanci a jako učitelka odborných předmětů (ošetřovatelství, psychologie a ošetřování nemocných). V současnosti zastávám pozici staniční sestry na LDN v nemocnici v okresním městě. Celková praxe je 16 let.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Ve své praxi jsem se setkala s bezdomovci, vietnamci, s romskými a rakouskými občany.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

Zajišťovala jsem pro občana rakouské národnosti následnou péči, potvrzení o zdravotním pojištění. Vietnamci – zajištění praktického lékaře pro děti, sociální poradenství o dávkách, informace o očkování, rodném listu. Romy u nás na LDN většinou nepotkáváme, protože jsou zvyklí starat se o své starší v rámci rodiny, ale vím, že je u nich často zajišťována sociálně právní ochrana dětí a sociální poradenství, dávky hmotné nouze, potvrzení o jejich pobírání.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

U Rómů při jednání často velký podíl emocí, netrpělivost, někdy až agresivita. Slyšela jsem o případech, jak jsou Romky nesamostatné při rozhodování bez své rodiny, často se čeká na hlavu rodiny. Někdy žena odejde z porodnice a dítě zde zůstane samo během hospitalizace, často jej ani nenavštíví a vyzvene až při propuštění. U Vietnamců velká uzavřenost a stydlivost.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Nyní mne nic nenapadá.

Byl předmět multikulturní péče součástí Vaší přípravy na povolání sestry? Navštívila jste případně nějaký kurz?

Na VŠ jsme měli tento předmět po dobu dvou semestrů, nevzpomenu si již na jeho přesný název.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

S pojištěním, které nepokrývalo následnou péči, která byla indikována.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Při péči o Vietnamku jsem musela využít tlumočníka. V ostatních případech jsem se domluvila sama.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Z literatury, ze směrnic a z informací od MZ a MPSV na internetu.

Jak jste věděla zda můžete zdroji důvěřovat?

Jednalo se o odborné informace.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Na intranetu je vypracovaná směrnice, dále máme možnost zapůjčení literatury z knihovny.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Velmi ráda bych je uvítala.

Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

Domnívám se, že je péče zakotvena v Listině základních práv a svobod, ale konkrétní právní předpis mne nenapadá.

Sestra 6

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Jsem všeobecná sestra již 8 let. Nejdříve jsem pracovala na respiračním oddělení, ale má hlavní praxe je na odděleních akutního příjmu. V současné době jsem sestra úrovně 7 [manažerská pozice - pozn. autorky] na akutní příjmové jednotce se 72 lůžky a 100 členy personálu v univerzitní nemocnici ve východním Londýně.

Setkal/a jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Protože pracuji na akutní příjmové jednotce velice rušné nemocnice ve východním Londýně, starám se o pacienty z velkého počtu různých menšin. Východní Londýn má mnoho obyvatel z menšin, kteří zde žijí dlouodobě. Je ale také vyhledávaným místem pro přistěhovalce, kteří zde začínají svůj život ve Velke Británii. Tři hlavní etnické menšiny, o které se denodenně starám, jsou lidé z Bangladéše, Somálska a Polska, ale setkávám se i dalšími menšinami, jako jsou například Sikhové.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku či národnosti?

80 % našich pacientů jsou z první a druhé generace přistěhovalců. Za předpokladu, že mají přistěhovalecký status a jsou registrováni u obvodního lékaře, mají přístup k NHS

zdarma. Pokud tomu tak není, jsou jim služby NHS účtovány, kromě akutní péče na A&E. Jelikož pracuji na příjmovém oddělení, což je pomyslná spojnice mezi pohotovostí a zbytkem nemocnice, často musím pacientům vysvětlovat, že budou muset platit za léčbu, které jsou nyní příjemcem.

Personál na našem oddělení je národnostně smíšený, takže se často na směně snažíme dát sestry k pacientům, kteří mluví stejným jazykem, nebo požádat členy personálu o překlad. Máme také přístup k překladatelům, ale ti musí být rezervováni v předstihu.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

Specifika ohledně diety: lidé, kteří vyznávají islám (bengálská a somálská komunita) vyžadují halal stravu, kterou naše nemocnice poskytuje, máme také košer jídlo pro pacienty, kteří jsou židé.

V oblasti osobní hygieny je zjevné, že muslimské ženy vyžadují pomoc od ženského personálu, a naopak muži vyžadují mužský personál. Při podání mísy na vyprazdňování je důležité současně podat sklenici vody, aby se pacient mohl po použití toalety očistit tak, jak předepisuje jeho víra. Ženy islámské víry také chtějí mít po dobu ošetření a pobytu v nemocnici hlavu zakrytou šátkem.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Před tím, než jsem se přistěhovala do Londýna, jsem se o člověka z etnické menšiny nestarala. Musela jsem se naučit pravidla různých náboženství a jak respektovat odlišné postupy. Když jsem například poprvé prováděla péči o zemřelou osobu, která vyznávala islám, rodina požádala, zda mohou péči provést sami. Toto bylo proti protokolům nemocnice i v rozporu s tím, co jsem se naučila ve škole. Byla to pro mne obtížná situace, ale nakonec jsem se zeptala své zkušené kolegyně a domluvily jsme se, že členové rodiny pacienta umyjí, zatímco já zůstanu v místnosti, abych zajistila všechny právní aspekty. Při práci v oblasti, kde žije mnoho menšin, se musí hodně diskutovat a obě strany musí být otevřené ke kompromisu.

Byla multikulturní péče součástí vaší přípravy na povolání sestry na vysoké škole?

Mám pocit, že za nás tato souvislá příprava péče o minority teprve začínala. Matně si pamatuju nějaký seminář. Tou dobou jsem ale ještě nevěděla, v jaké oblasti budu

pracovat, a tak jsem mu ani nepřikládala velkou důležitost. Pocházím z menšího města na jihozápadě Anglie, kde je většinově bílá, britská populace.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Co se týče umírání, v mnohých náboženstvích má tělo být spáleno nebo pohřbeno do země do 24 hodin po smrti. Pokud se jedná o případ náhlé smrti a zákon vyžaduje post mortem, tak toto není možné. V případech úmrtí o víkendu nebo v noci může také způsobit potíže zpoždění v získávání úmrtního listu, bez kterého nemůže být tělo zemřelého vydáno.

Jako sestra ženského pohlaví mám zkušenost s pacienty mužského pohlaví, kteří nechtějí být ošetřováni ženou. Může to být velký problém, například pokud je pacient ortodoxní žid, jakožto žena se mu nemohou podívat do očí, dát mu léky nebo poskytnout pomoc s jakoukoli osobní péčí. Pokud pacient přijde do nemocnice uprostřed směny, nemůžeme vždy zajistit sestru mužského pohlaví.

Péče o pacienty židovské víry je problém hlavně v sobotu, protože nesmějí sahat na nic, co je poháněno elektrikou. Nemohou tedy zmáčknout tlačítko u zvonku, kterým nás přivolají. Rodina, která přijde na návštěvu, nemůže stisknout elektrické tlačítko u vchodových dveří, nemohou si uvařit šálek čaje. Očekávají potom, že ošetřující personál udělá tyto věci za ně, což může být na rušném oddělení problematické.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Naučila jsem se pár základních slov v bangladéštině a polštině. Často máme zaměstnance na oddělení, kteří mluví těmito jazyky. Je také možné zeptat se na základní otázky rodinných příslušníků, ale musíme být opatrní v případě, že se jedná o případ zneužívání. Rodina pak může zakrývat fakta. Řeč těla je velmi užitečná, například ukážu sklenici vody, abych zjistila, zda chce pacient napít. Funguje to velmi dobře. Také při poslechu tónu hlasu a zvuků, které pacient vydává, lze zjistit, že ho něco bolí, i když nemluví stejným jazykem.

Požádala jsem, aby byly na oddělení k dispozici informační brožury v různých jazycích, ale kvůli ceně to bohužel není možné.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?
Mnoho informací lze nalézt v jednotlivých protokolech na nemocničním intranetu. Dále jsem hledala na stránkách RCN a na stránkách schválených NHS. Mnohé jsem se dozvěděla i od tlumočníků zaměstnaných naší nemocnicí a v rozhovorech s hlavním představitelem místní mešity. Je velice přístupný a nápomocný. Chce mít silné vazby na nemocnici.
Máte ve vaší nemocnici nějakou specifickou přípravu v oblasti multikulturního ošetřovatelství pro nový personál?
V rámci "Induction week" [týden, který každý nový zaměstnanec stráví ve školícím centru; oživí zde znalosti první pomoci, hygieny jídla atd. a učí se specifika dané nemocnice – pozn. autorky] je i lekce o specificích péče o jednotlivé minority. Úkolem středního managementu je mimo jiné dohlédnout na kvalitu péče o minority na jednotlivých odděleních a předávat své zkušenosti těm méně zkušeným. Je ale i zodpovědností každé z nás se sebevzdělávat.
Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?
Možná by byl jednotný protokol užitečný, ale každý případ, člověk a rodina je jiná, takže mám pocit, že by měla existovat určitá flexibilita.

Sestra 7
Řekněte mi něco o sobě, jak dlouho již pracujete jako sestra, v jaké oblasti a kde pracujete právě teď.
Jsem všobecná sestra pro dospělé již 10 let. Pracuji převážně na odděleních akutní péče o pacienty starší 65 let. Nyní pracuji v nemocnici ve středně velkém městě na severu Anglie.
Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních etnických skupin a ze kterých?
Setkala jsem se s pacienty z mnoha minoritních skupin. Nejčastěji s lidmi s afro-karibskými kořeny, Asiaty a poslední dobou i Východoevropany.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytoval/a a jakému etniku či národnosti?

Pacienti k nám přicházejí pro rozlišné akutní situace jako je zlomenina krčku kosti stehenní, akutní zmatenost v souvislosti s akutním infekčním onemocněním, pro zhoršení chronických onemocnění, jako je CHOPN, po mrtvicích, atd. Poskytuji tedy všem etnickým a minoritním skupinám, které se vyskytnou na našem oddělení, veškerou ošetřovatelskou péči, kterou jejich stav vyžaduje.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

Hlavním specifikem u lidí z minorit tohoto věku je fakt, že o ně většinou doma pečuje rodina a nejsou umísťováni do různých domovů. Rodiny i v průběhu hospitalizace za pacienty pravidelně docházejí a starají se o ně. Specifika jsou ve výživě, obzvláště u muslimských a židovských pacientů. Další specifika jsou při úmrtí pacienta, kdy se u obou těchto skupin schází u zemřelého celá rodina.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Zpočátku jsem si nebyla jistá některými věcmi. Například péče o zemřelého muslima má mnoho specifik, která je nutné dodržet, aby se předešlo stížnostem pozůstalých.

Můžete být konkrétnější? A kde jste se dozvěděla, jak správná péče má vypadat?

Ano, muslimové požadují za důležité, aby byl jejich zemřelý příbuzný co nejdříve po smrti pohřben. Další zvláštností je, že po smrti začnou okamžitě tělo narovnávat, aby nedošlo k posmrtné ztuhlosti v nějaké zkřivené poloze. To pro mne byl značný kulturní šok, když jsem to viděla poprvé. Také se mi jednou stalo, že mne pacient muslimského vyznání, který byl v jednolůžkovém, izolačním pokoji požádal, abych mu přesunula lůžko tak, aby byl nasměrovám správně na modlitby. Informace jsem hledala zejména v materiálech na našem nemocničním intranetu, pak od sester s delší praxí a také se mi velice osvědčilo otevřeně hovořit s rodinou o jejich přáních předem.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Největší problem shledávám v nedůvěře ve zdravotníky. Trvá někdy několik dní, než se podaří navázat správný vztah a než pacient a jeho příbuzní zjistí, že nám mohou důvěřovat.

Čím myslíte, že to je?

Myslím, že to je kombinace špatných zkušeností z předešlých hospitalizací a pak nedůvěra k západní kultuře jako takové. Toto ovšem pozoruji převážně u starších věkových skupin nebo u lidí, kteří nejsou ve Velké Británii dlouho. Lidé ze stejného etnika a i stejné rodiny, kteří se tu narodili nebo zde žijí dlouhodobě, už tento problém nemívají.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Většinou používám různé posunky a ukazuji. Pak využívám k překladům rodinu a nebo mohu využít služeb překladatele. Buď na telefonu a nebo na některé jazyky máme u nás v nemocnici v určité hodiny překladatele přítomné i fyzicky. Menu na objednávání jídel dopředu máme v mnoha jazycích. Máme na oddělení i piktogramy a karty, na kterých jsou základní věci v mnoha jazycích i s výslovností. Ty však používáme minimálně.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Jak jsem již zmiňovala, nejvíce jsem se dozvěděla na nemocničním intranetu a od starších kolegů. Pokud je k tomu rodina otevřená, vždy vše znovu konzultuji s nimi. Mnohé jsem se také dozvěděla od sester specializujících se na paliativní péči a na výživu [něco jako v ČR stoma sestry – pozn. autorky].

Jak jste věděla, zda můžete zdroji důvěřovat?

Psané zdroje na intranetu jsou schválené NHS a Ministerstvem Zdravotnictví.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Všechny zdroje jsou online na intranetu většinou ve formě protokolů. Některé informace se dají najít i ve standardech.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Ano, nějaký celkový nástin by byl jistě velice zajímavý. Ovšem musel by se brát pouze jako takové vodítko – každý případ je jiný.

Myslíte si, že je ve Velké Británii péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

To opravdu netuším.

Sestra 8

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouho jste všeobecná sestra, v jaké oblasti praxe, kde se v současné době pracuje a na jaké úrovni?

Pracuji jako sestra již 7 let. Pracuji na A&E [Pohotovost] ve velké nemocnici v západním Londýně. Jsem sestra úrovně 6, což na našem oddělení znamená všeobecná sestra – senior.

Setkal jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Ano. Oblast, v níž pracuji má velmi smíšený rasový profil. Je zde významné množství pacientů Asiatů, lidí ze Středního Východu a evropských pacientů.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytoval a jakému etniku, či národnosti?

Minoritní etnické skupiny přicházejí ve srovnání s britskou většinou v nepřiměřeně velkém množství. Je to možná v důsledku neporozumění těchto skupin s přístupem k odpovídající zdravotní péči. Je možné, že právě z těchto důvodů mnoho pacientů jako první bod přístupu k systému zdravotní péče využívá záchranných služeb a A&E. Přicházejí k nám často se zcela banálními problémy, které by mohl vyřešit obvodní lékař, a nebo nepotřebují lékařskou péči vůbec.

Jakých specifik jste si všiml, v různých skupinách? Příklady, prosím ...

Mnozí z našich evropských pacientů mají problémy s alkoholem a pravidelně se vracejí. Pacienti původem ze Středního Východu bývají ekonomicky dobře zabezpečeni a přicházejí se stavy úzkosti, které se často vztahují k domácímu násilí. Asijští pacienti přicházejí s řadou problémů, kde alkohol také často hraje roli.

Uvedl byste nějaký konkrétnější případ?

Stává se celkem fenoménem posledních let, že k nám přivezou polského občana s kufrem a s podezřením na infarkt. Tito lidé si mezi sebou zjevně řekli, že když nafingují hned po příjezdu do Velké Británie infarkt, záchranka je odveze do nemocnice a mají o první nocleh a jídlo postaráno. Musíme totiž čekat na výsledky 12ti hodinového Troponinu a ty bývají v 95 % u této skupiny pacientů negativní.

Měl jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Jazyk může být problém, ale obecně jsem ještě nezažil problémy v důsledku pacientovy etnicity nebo menšinového postavení.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkal při poskytování péče cizincům?

Jazyk může způsobit potíže. Široká škála nerealistického očekávání různých skupin od toho, jak jim můžeme pomoct, může také přinášet své problémy, jak jsem již zmiňoval.

Jak jste se vyrovnal s jazykovou bariérou?

Můžeme volat na "Language Line" – to jsou překladatelské služby po telefonu. Používáme také vícejazyčné frázové knihy.

Jak jste věděl, zda můžete zdroji důvěřovat?

Oba zdroje jsou poskytovány mým zaměstnavatelem a jsou oficiálně uznány pro použití v rámci NHS.

Máte přístup ke zdrojům (knihy, normy, manuály), pokud jde o péči o jedné etnické skupiny v nemocnici?

Ano, na nemocničním intranetu.

Uvítal byste jednotný zdroj v podobě standardů / protokolů, které ukazují, co dělat v těchto situacích?

Ano.

Myslíte si, že existuje konkrétní zákon o péči o menšiny ve Velké Británii?

Nejsem o tom informován.

Sestra 9

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouho pracujete jako sestra, v jaké oblasti praxe, kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?

Jsem registrovaná všeobecná sestra pro dospělé po dobu 7 let. V současné době pracuji na oddělení akutního příjmu v nemocnici ve východním Londýně. Jsem sestra úrovně 5 – tzn. základní úroveň sestry [pozn. autorky].

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Během mého sesterského vzdělávání na mém aktuálním místě pravidelně pečuji o pacienty z různých etnických skupin. Ty zahrnují černošské-karibské a africké komunity a asijské komunity jako jsou Indové, Pákistánci a Bangladéšané. Je zde také nezanedbatelný počet ortodoxních židů, kteří navštěvují nemocnici, stejně jako velké množství komunit z východní Evropy.

V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytovala a jakému etniku, či národnosti?

Starám se o všechny pacienty po všech stránkách.

Jakých specifik jste si všimli, v různých skupinách? Příklady, prosím ...

Zjistila jsem, že způsob, jakým je péče poskytovaná menšinovým skupinám, se liší v závislosti na jejich kulturních, náboženských a individuálních potřebách. Například já osobně mám zkušenost s ortodoxními židovskými rodinami, které jsou rády podrobně informovány a které také pečují o jejich příbuzného v rodině. Dále asijské rodiny inklinují k tomu, že o svého nemocného velice pečují – pacienta krmí, masírují, natírají oleji a protahují.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Ano. Při péči o muslimského pacienta a provedením péče o zemřelého. Byla jsem informována příbuznými mého pacienta, že se jedná o náboženský rituál.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Jazyková bariéra, což vede například k nedodržení pokynů při užívání léků nebo při monitorování. Problémy může způsobovat i jejich vlastní pojetí o zdraví a nemoci, nebo slučování jejich vlastní individuální víry s praktikami v nemocnici.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Použitím jazykové linky a tlumočníků, ti ale často nejsou k dispozici, protože jsou velice přetíženi. V průběhu své praxe jsem zjistila, že tím, že se naučím a občas použiji nějaká slova v pacientově jazyce, si získám jejich důvěru. Často také žádáme o pomoc při překládání anglicky mluvící rodinné příslušníky pacientů, osobně nebo na telefonu.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?
Doporučení od jiných sester, lékařů a na intranetu.
Jak jste věděla zda můžete zdroji důvěřovat?
Sestry a lékaři mají zkušenosti a zdroje na intranetu jsou schváleny NHS.
Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?
Ano na intranetu. Občas je ovšem složité potřebnou věc najít, protože je zde přehršel informací.
Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?
Ano, takový dokument by mne velice zajímal. I v průběhu mého vzdělávání mohl být velice užitečný.
Myslíte si, že je péče o menšiny ve Velké Británii uzákoněna?
To opravdu nevím, ale mám pocit, že péče poskytovaná ne-anglicky mluvícím pacientům by mohla v určitýh případech být považována za nezákonnou. Obzvláště pokud jde o získávání informovaných souhlasů. Mám pocit, že pacienti, kteří nemluví anglicky a trpí nějakou závislostí nebo duševním zdravotním problémem, jsou ještě více znevýhodněni. U anglicky mluvících menšin se domnívám, že péče, kterou obdrží, je rovná té péči, která se dostává většinové populaci. Ovšem způsob, jakým se jim péče dostává, také záleží na pochopení dané menšiny sestrou. Pokud sestra nemá zájem a pochopení pro určitou menšinu, je více pravděpodobné, že nevědomky poruší nějaké náboženské pravidlo, že například podá muslimovi vepřové.

Sestra 10

Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouho pracujete jako sestra, v jaké oblasti praxe, kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?
Jsem sestra 10 let, studium jsem ukončila v roce 2003 a začala jsem pracovat na oddělení akutního přijímu ve východní části Londýna. Pak jsem po dobu 2 let pracovala na kardiologii a nedávno jsem začala pracovat na jednotce denní angiografie ve větším

městě nedaleko Londýna. Také na částečný úvazek pracuji pro soukromou firmu poskytující péči o klienty v jejich domově.

Setkala jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?

Během mého působení v Londýně jsem se setkala s mnohými menšinovými skupinami. Lidé sem přicházejí z celého světa, nicméně hlavní dvě skupiny, které mi okamžitě vytanou na mysli je bangladéšská a židovská populace. Nemohu si uvědomit žádné zvláštní požadavky ostatních skupin, což může být proto, že jsem nebyla dostatečně vnímavá.

Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?

Bangladéšská populace mívá velké rodiny a je nutné očekávat velké množství návštěvníků. Také jsem se dozvěděla, že se při setkáních v mešitě oznamuje, když je někdo v nemocnici a pokud se nepletu, v muslimské tradici je to, že člověk navštíví nemocného nebo umírajícího pak v nebi považováno za dobrý skutek. Proto musíme očekávat velké davy, a to ne jen v návštěvních hodinách. Dále pokud má osoba amputované končetiny, je třeba je uložit, protože muslimové věří, že má být pohřbené celé jejich tělo. Těla se pohřbívají, nezpopelňují. To by mělo být provedeno hned den po smrti, což může být obtížné, pokud je víkend nebo je zapotřebí pitva. Dále se muslimové raději omývají tekoucí vodou a proto často nepoužijí lavor s vodou, pokud jim ho podáme. Také věří, že by člověk měl jíst, i když je nemocný. Mohou na toto být poměrně fixovaní i když je pacient ve vážném stavu a není schopen přijímat potravu.

V průběhu Ramadánu je dovoleno ignorovat pravidlo, že se nesmí jíst v hodinách slunečního světla hodin, ale často půst dodržují i tak. Na to je třeba pamatovat obzvláště u diabetiků. Obecně dávají při pití přednost vodě bez ledu, nejraději pijí vodu vlažnou až teplou.

A v židovské populaci?

Tady jsou hodně důležité informace. Je třeba vysvětlit vše, co děláme a co budeme dělat. Pak lze ještě často očekávat, že budeme muset vše vysvětlit staršímu či rabínovi. Myslím, že musejí přijmout léčbu, ale jen pokud jsou dostatečně informováni. Musíme očekávat, že nám bude kladeno mnoho otázek. Dále v sobotu mesmějí používat žádné elektronické přístroje. To znamená, že například nemohou používat zvonek. Já sama

jsem na noční směně zažila pacienta, který uprostřed noci opravdu hlasitě vykřikoval, aby získal naši pozornost.

Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?

Vzpomínám si, že jako studentka jsem byla na kurzu o různých etnických skupinách a učili jsme se o některých věcech, které bychom měli vědět. To mi velmi pomohlo. Další věci, které jsem potřebovala vědět, jsem se naučila v průběhu praxe od kolegů, od rodin a z materiálů na nemocničním intranetu. Obecně bych se vždy zeptala pacienta nebo člena rodiny.

S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?

Největším problémem, se kterým jsem se setkala, byla snaha respektovat individuální potřeby péče konkrétních osob a zároveň být stále schopna provádět svou práci efektivně a přemýšlet o ostatních pacientech. Například mnoho návštěvníků u jednoho pacienta může rušit ostatní pacienty. Také je náročné, když musím strávit spoustu času s židovskou rodinou, která pokládá hodně otázek, když mám současně mnoho jiných pacientů, kteří potřebují mou péči.

Jak jste řešila jazykovou bariéru?

Myslím, že pouze deset procent komunikace je jazyk sám, zbytek je řeč těla, výraz atd. Takže každodenní věci se dají vyřídit. I když je pravda, že jsem nikdy sama nebyla pacientkou v prostředí, kde veškerý personál mluví jiným jazykem, takže nevím, jaké to je, být na druhé straně. Pochytila jsem určitá slova a fráze v jazycích, se kterými se často setkávám. Občas požádám rodinu, aby mi užitečná slova napsali. Největším problémem je, když potřebujeme získat anamnézu nebo sdělit spoustu informací. Pak se musíme spolehnout na překlad člena rodiny, personál nebo jazykovou službu na telefonu. Často nastává problém, pokud se jedná o jazyk, který není prominentní v oblasti, ve které pracujete. Poslední dobou je velký příliv lidí z východní Evropy – obzvláště z Polska. Ti ovšem často přicházejí bez člena rodiny, který by uměl anglicky.

Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?

Obecně je málo informací, občas se zeptám specializované sestry na paliativní péči, týkající se péče o zemřelého. Pokud bych chtěla vědět informace o výživě, musela bych se pravděpodobně podívat do nutričního protokolu. Nemyslím si, že existuje mnoho

protokolů, které jsou čistě pro etnické menšiny jiné než založené na respektování etnicity pacienta. Myslím si ale, že v nich není napsáno konkrétně, jak o kterého pacienta pečovat. Možná se mýlím, ale já si nemyslím, že existuje protokol, který říká, jak by to mělo být, protože to není stejné pro každého člověka.

Jak jste věděla zda můžete zdroji důvěřovat?

Pokud je něco v protokolu, pak vím, že je to důvěryhodné, protože to předtím, než to může být použito, projde RCN / NMC / DOH.

Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?

Poslední dobou jsem necítila potřebu zjistit nic nového v tomto oboru, takže nemohu říct jistě, ale asi bych se podívala na internet. Zdá se mi tento způsob jednodušší než se snažit najít úryvky informací na různých místech.

Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?

Ano. Myslím si, že by to bylo skvělé: vzít jen jednu věc, a zjistit, co potřebuji, ale myslím, že by bylo velice těžké dát takový dokument dohromady.

Myslíte si, že je u vás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?

Myslím si, že sestry jsou vždy obezřetné, aby respektovaly potřeby etnických menšin. Ostatně nám to určuje i NMC kodex chování, kde je to velmi vysokou prioritou. Ale nemyslím si, že existuje zákon jako takový. Už proto ne, že je to tak rozsáhlý předmět.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

4.2.1 Seznam kategorizačních skupin

1. Praxe a zkušenosti sester
2. Četnost setkání s pacienty z minoritních skupin
3. Rozsah poskytované péče pacientům z minoritních skupin
4. Specifika etnických skupin, která si sestry při své práci uvědomují
5. Nejasnosti, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty z minorit

6. Problémy při poskytování péče cizincům, se kterými se sestry nejčastěji setkávají
7. Řešení jazykové bariéry
8. Multikulturní vzdělávání sester
9. Iniciativa při vyhledávání zdrojů týkajících se multikulturního ošetřoavtelství
10. Přístup ke zdrojům na pracovišti
11. Vhodnost sjednocených zdrojů
12. Informovanost o legislativě

4.2.2 Sestry v České republice

1. Praxe a zkušenosti sester

Délka praxe zpovídaných sester se pohybuje mezi 13 a 18 lety. Většina má zkušenosti z oblasti interní medicíny a jedna ze sester pracuje po celou dobu své praxe na oddělení ARO.

2. Četnost setkání s pacienty z minoritních skupin

Všechny sestry se ve své praxi setkaly s pacienty z minoritních skupin. Nejčastěji se setkávají s Romy, Ukrajinci, Vietnamci, Mongoly, západními Evropany a Araby.

3. Rozsah poskytované péče pacientům z minoritních skupin

Sestry poskytovaly ošetřovatelskou péči v rozsahu oddělení na kterém pracují, tedy převážně na interním oddělení. Jedna sestra poskytovala resuscitační a intenzivní péči a jedna sestra má zkušenost ɨ se zajišťováním následné péče o cizince a se sociálním poradenstvím.

4. Specifika etnických skupin, která si sestry při své práci uvědomují

U Romů si sestry všimly horší adaptace v nemocnici, odmítání nemocničního jídla, nedodržování léčebného režimu, horšího snášení bolesti, afektovanosti, hlučnosti a plačtivosti. Také zaznamenaly nedůvěru k personálu. Sestry se domnívají, že je

možné, že je to na základě předešlé negativní zkušenosti. Jedna ze sester uvedla, že její názor je, že *„Romové již předem předpokládají, že s nimi bude zacházeno hůře než s ostatními“*, což podle ní způsobuje zbytečné napětí ve vztahu sestra – pacient. Sestra pracující na oddělení ARO uvedla, že Romové *„si vždy přejí své zemřelé osobně omýt a obléknout, pomodlit se a tak se s nimi i rozloučí“*. Odmítají pitvu. Při jednání si sestry všimly často velkého podílu emocí, netrpělivosti a někdy až agresivity.

U Vietnamců je dle dotazovaných sester evidentní veliká pokora, skromnost, vděčnost, přičinlivost a poslušnost a celkově tiché chování. Co se týká snášení bolesti, počkají, až je opravdu nesnesitelná, než požádají o analgesii. Snaží se na sebe co nejméně upoutávat pozornost a za vše velmi děkují. Jenda ze sester také specifikovala tuto minoritu jako velice uzavřenou a stydlivou.

U Ukrajinců si jedna ze sester žádných specifik nevšimla, jiná uvedla, že *„jsou zvyklí poslouchat personál na slovo a často jsou až bojácní“*.

U pacientů mogolské národnosti dle zkušenosti jedné ze sester převažuje nedůvěra ke zdravotnickému personálu.

Občané západní Evropy jsou dle respondentek výrazně sebevědomější než běžný český pacient. Znají svá práva a jsou velice slušní.

U Arabů má jedna z dotazovaných zkušenost s tím, *„že se muž vždy odvrátil k oknu při vstupu jakékoli ženy do místnosti a dokud neodešla, tak zůstal upřeně koukat ven. Když do místnosti vstoupil muž, byl velmi přátelský a nezáleželo na jeho postavení (sanitář x lékař)“*. Tato sestra dále uvádí, že *„jeho desetiletý syn se na ženy díval velmi pohrdavě a arogantně je přehlížel a matka jen stála v povzdálí, ustrašená a modlící se“*.

5. Nejasnosti, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty z minorit

Tři z pěti dotazovaných českých sester neuvedly žádnou nejasnost, které by si byly vědomy ohledně péče o pacienty z minorit. Jedna ze sester uvádí jazykovou bariéru. Jedna sestra přiznala, že *„do té doby, než se na vysoké škole setkala s předmětem multikulturního ošetřovatelství, když studovala bakalářské stadium, úplně nad specifickými potřebami jednotlivých minorit nepřemýšlela“*. Uvádí, že *„po tom, co prošla tímto vzděláním, již ví, že měla mnohé nejasnosti, i když o nich třeba ani*

nevěděla, a bohužel také ~~prý~~ mnohé předsudky“, které, jak sama uvádí, „*jsou v naší společnosti pevně zakořeněné“*.

6. Problémy při poskytování péče cizincům, se kterými se sestry nejčastěji setkávají

Všech pět sester uvádí problém v komunikaci, kdy kvůli jazykové bariéře bylo velice obtížné od pacienta získat informace nebo mu cokoli vysvětlit.

Jedna ze sester uvádí jako další problém ”*nepojištěnost, strach a obavu z budoucnosti na straně pacientů i jejich rodin*”.

7. Řešení jazykové bariéry

Sestry řeší jazykovou bariéru různě. Většinou se jedná o improvizaci. Jedna ze sester uvedla, že se domlouvá “*rukama nohama*”. Mezi nejčastější odpovědi pak patřilo využití služeb tlumočníka nebo překladatele a využití člena rodiny, který umí česky. Některé sestry jsou schopny domluvit se anglicky a německy, nebo požádají o pomoc někoho z personálu. Několikrát byl také zmíněn slovník na internetu.

8. Multikulturní vzdělávání sester

Tři z pěti dotazovaných sester nikdy neabsolvovaly žádné vzdělání v oboru multikulturního ošetřovatelství ani nenavštívily žádný kurz. Dvě z dotazovaných se s tímto předmětem setkaly v rámci vysokoškolského studia oboru ošetřovatelství.

9. Iniciativa při vyhledávání zdrojů týkajících se multikulturního ošetřoavtelství

Sestry, které neobdržely žádné vzdělání v oboru multikulturního ošetřovatelství (tři z pěti dotazovaných), necítily nikdy potřebu informace vyhledat. Jedna z nich uvádí, že to bylo kvůli nedostatku času. Sestry, které se s předmětem multikulturního ošetřovatelství setkaly na vysoké škole, aktivně vyhledáváji informace na internetu, a to na stránkách MZ a MPSV, v literatuře a směrnicích. Čtou články s touto tématikou v odborných časopisech a snaží se vyzvědět co nejvíce informací od příbuzných nebo pacienta samotného.

10. Přístup ke zdrojům na pracovišti

Tři z pěti sester – ty, které neabsolvovaly vzdělání v multikulturním ošetřovatelství – buď o přístupu nevědí, nebo si myslí, že v jejich nemocnici přístup k žádným zdrojům není. Jedna ze sester uvádí, že u nich v nemocnici je „*na intranetu vypracovaná směrnice, dále zde existuje možnost zapůjčení literatury z knihovny*“. Poslední z dotazovaných uvedla, že v nemocnici, kde pracuje, „*je vypracován hromadný standard s adresami překladatelů do cizích jazyků, práva pacientů mají přeložené do několika cizích jazyků, na porodnici mají nejdůležitější fráze na piktogramech*“.

11. Vhodnost sjednocených zdrojů

Čtyři z dotázaných sester si myslí, že sjednocený zdroj ohledně péče o pacienty z minorit by byl velice vhodný. Některé z nich jsou tímto nápadem přímo nadšené. Sestra pracující na ARO oddělení, která nemá vzdělání v multikulturním ošetřovatelství, se domnívá, že pro její obor „*nejsou takové zdroje podstatné*“.

12. Informovanost o legislativě

Tři z pěti respondentek neví o žádném předpisu, který by uzákoňoval péči o pacienty z minoritních skupin. Jedna ze sester si myslí, že takový zákon existuje, ale o konkrétním zákoně neví. Jedna z dotazovaných zmínila listinu základních práv a svobod.

4.2.3 Sestry ve Velké Británii

1. Praxe a zkušenosti sester

Délka praxe zpovídaných sester se pohybuje mezi 7 a 10 lety. Většina má zkušenosti z oddělení akutního příjmu. Jedna z nich pracuje na kardiologii, další na pohotovosti a poslední na oddělení akutní péče pro osoby starší než 65 let.

2. Četnost setkání s pacienty z minoritních skupin

Všechny dotazované sestry se denně setkávají s pacienty z různých etnických minoritních skupin. Nejvíce se jedná se o černošské (karibské a africké) a asijské komunity, zejména pak o Bangladéšany, Pákistánce a Indy. Dále se setkávají s pacienty ze středního východu, Evropany (v poslední době nejvíce s Východoevropany), ortodoxními židy a do menší míry s pacienty s několika dalších komunit, například Sikhy.

3. Rozsah poskytované péče pacientům z minoritních skupin

Všechny dotazované sestry poskytují těmto pacientům takovou ošetřovatelskou péči, jakou jejich stav vyžaduje. Sestra z pohotovosti uvádí, že „*minoritní etnické skupiny přicházejí ve srovnání s britskou většinou v nepřiměřeně velkém množství*". Domnívá se, že je to možná *v „důsledku neporozumění těchto skupin s přístupem k odpovídající zdravotní péči*". Říká, že „*je možné, že právě z těchto důvodů mnoho pacientů jako první bod přístupu k systému zdravotní péče využívá záchranných služeb a pohotovost"*. Přicházejí k nim údajně „*často se zcela banálními problémy, které by mohl vyřešit obvodní lékař, a nebo nepotřebují lékařskou péči vůbec*".

4. Specifika etnických skupin, která si sestry při své práci uvědomují

Sestry rozdělují specifika péče do několika skupin. Specifika ohledně diety zahrnují ty, kteří vyznávají islám. Ti vyžadují stravu halal, kterou jejich nemocnice poskytují. Mají také jídlo košer pro židovské pacienty. „*Muslimové dávají přednost vodě bez ledu, nejraději pijí vodu teplou či vlažnou*".

V oblasti osobní hygieny uvádějí, že „*muslimské ženy vyžadují pomoc od ženského personálu, a naopak muži vyžadují mužský personál"*. Při podání mísy na vyprazdňování uvádějí důležitost současně podat sklenici vody, aby se pacient muslimského vyznání mohl po použití toalety očistit tak, jak předepisuje jeho víra. Další specifikem v oblasti hygieny, ketré sestry uvádějí, je, že se muslimové raději omývají v tekoucí vodě. Proto často nepoužijí lavor s vodou, který jim je podán u lůžka.

Ženy islámské víry také chtějí mít po dobu ošetření a pobytu v nemocnici hlavu zakrytou šátkem.

Sestra, která pracuje s pacienty nad 65 let uvádí, že „*hlavním specifikem u lidí z minorit tohoto věku je fakt, že o ně většinou doma pečuje rodina a nejsou umísťováni do různých domovů. Rodiny i v průběhu hospitalizace za pacienty pravidelně docházejí a starají se o ně"*.

Další specifika, která sestry zmiňují, se týkají úmrtí pacientů zejména muslimského a židovského vyznání, kdy se u obou těchto skupin schází u zemřelého celá rodina. Muslimové pohřbívají své mrtvé do 24 hodin po úmrtí a nikdy těla nezpopelňují.

Sestra pracující na pohotovosti také zmiňuje „*problémy s alkoholem u pacientů z východní Evropy, kteří se pravidelně vracejí na pohotovost*".

Sestry dále uvádějí zkušenost s ortodoxními židovskými rodinami, které se rády hodně podrobně informují. Sestry uvádějí, že je třeba vysvětlit vše, co dělají, a musejí očekávat, že jim bude kladeno velké množství otázek. Zmiňují také zákaz používat elektronické přístroje u pacientů ortodoxní židovské víry v sobotu.

Téměř všechny dotázané sestry se shodují, že muslimská i ortodoxní židovská populace mívá velké rodiny a je nutné očekávat velké množství návštěvníků, a to i mimo návštěvní hodiny.

Jedna ze sester uzavírá, že „*při práci v oblasti, kde žije mnoho menšin, se musí hodně diskutovat a obě strany musí být otevřené ke kompromisu"*.

5. Nejasnosti, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty z minorit

Sestry z Velké Británie přiznávají nejistotu při péči o pacienty z minorit na začátku své sesterské praxe. Uvádějí, že se musely „*naučit pravidla různých náboženství a jak respektovat odlišné postupy*". Například musely porozumět péči o zemřelou osobu, která vyznávala islám, vyřešit situace, kdy rodina chtěla provést péči o tělo sama, což, jak jedna z respondentek uvádí, bylo „*proti protokolům nemocnice i v rozporu s tím, co se naučila ve škole*".

6. Problémy při poskytování péče cizincům, se kterými se sestry nejčastěji setkávají

Velmi často se v odpovědích vyskytuje jazyková bariéra. Jedna ze sester uvádí, že *„největším problémem, se kterým se setkala, byla snaha respektovat individuální potřeby péče konkrétních osob a zároveň být stále schopna provádět svou práci efektivně a přemýšlet o ostatních pacientech"*.

Co se týče umírání, uvádí jedna sestra, že *„pokud se jedná o případ náhlé smrti u muslimského pacienta a zákon vyžaduje post mortem, tak není možné pacienta pohřbít do 24 hodin, tak, jak to islám vyžaduje*". V případech úmrtí o víkendu nebo v noci může také způsobit potíže zpoždění v získávání úmrtního listu, bez kterého nemůže být tělo zemřelého rodině vydáno.

Sestra ženského pohlaví uvádí osobní zkušenost s pacienty mužského pohlaví, kteří nechtějí být ošetřováni ženou. Upřesňuje, že *„pokud je pacient například ortodoxní žid, jakožto žena se mu nemůže podívat do očí, dát mu léky nebo poskytnout pomoc s jakoukoli osobní péčí"*.

Další sestra uvádí, že péče o *„pacienty židovské víry je problém hlavně v sobotu, protože nesmějí sahat na nic, co je poháněno elektrikou. Nemohou tedy zmáčknout tlačítko u zvonku, kterým přivolají sestry. Rodina, která přijde na návštěvu, nemůže stisknout elektrické tlačítko u vchodových dveří, nemohou si uvařit šálek čaje"*.

Dále sestry uvádějí problém s nedůvěrou pacientů ve zdravotnický personál a také vlastní pojetí pacientů o zdraví a nemoci, které jim určují jejich kulturní či náboženské zvyky.

7. Řešení jazykové bariéry

Všechny sestry uvádějí možnost využití překladatelů, tlumočníků a telefonní překladatelské služby. Zmiňují ovšem finanční a časovou náročnost těchto služeb. Velice časté je dorozumívání se přes rodinné příslušníky. Všechny sestry uvádějí důležitost řeči těla – jedna ze sester specifikuje, že *„pouze 10 % komunikace se spoléhá na jazyk*". Jedna ze sester uvádí, že u nich na oddělení *„využívají značné kulturní diverzifikace personálu a snaží se na směně alokovat sestry, které mluví stejným jazykem jako pacienti"*.

Často také sestry uvedly, že se samy naučily některá slova či fráze u jazyků, které se u nich na odděleních vyskytují nejčastěji. Jedna ze sester zmiňuje, že mají na oddělení piktogramy, které ovšem prý využívají málokdy. Uvádí také, že menu na objednávání jídel mají v mnoha jazycích.

8. Multikulturní vzdělávání sester

Sestry zmiňují semináře, kurzy o různých etnických skupinách v průběhu studia nebo lekci o specifikách péče o pacienty z minorit v rámci úvodního školícího týdne na začátku každého pracovního poměru v nemocnicích NHS. Jedna ze sester také uvádí „*zodpovědnost za vlastní sebevzdělávání*".

9. Iniciativa při vyhledávání zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství

Všechny dotazované sestry si aktivně vyhledávají informace na internetu a nemocničních intranetech a na specifika jednotlivých etnických skupin se ptají pacientů i jejich rodinných příslušníků. Jedna ze sester zmínila rozhovor s představeným jednoho z náboženství početně zastoupeného v populaci v okolí nemocnice, kde pracuje. Často se sestry informují i od tlumočníků, kteří sami bývají z řad jednotlivých minoritních skupin. Je také velice časté, že informace získávají od starších a zkušenějších sester.

10. Přístup ke zdrojům na pracovišti

Všechny sestry zmínily protokoly na nemocničních intranetech, dále internet, zkušenosti starších a zkušenějších sester a informace od sester s určitou odborností – například od paliativních nebo nutričních sester.

11. Vhodnost sjednocených zdrojů

Všechny sestry se domnívají, že sjednocený zdroj by byl užitečný. Ovšem ve většině dodávají, že ke každému pacientovi a ke každému případu je třeba přistupovat individuálně. Jedna ze sester uvažuje nad tím, „*jak těžké by bylo tak komplexní dokument sestavit*".

12. Informovanost o legislativě

Všechny dotazované sestry uvedly, že nevědí, zda existuje nějaký zákon, který by upravoval péči poskytovanou minoritním skupinám. Jedna sestra však zmínila, že si myslí, že tyto informace poskytuje kodex NMC o chování sester.

5 DISKUZE

V bakalářské práci na téma Porovnání dostupnosti zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České Republice a ve Velké Británii jsme se snažily pomocí výzkumného šetření zjistit a porovnat, jaké jsou subjektivní zkušenosti sester v obou zemích, jejich míra vědomostí a dostupnost zdrojů na toto téma.

Pro toto kvalitativní šetření jsme zvolily techniku individuálního nestandardizovaného rozhovoru.

Nejzajímavější sumarizované výsledky, které vycházejí z provedených rozhovorů, jsou obsaženy v kategorizovaných skupinách v kapitole Výsledky. Z těchto výsledků je patrné, že sestry ve Velké Británii se s pacienty z minoritních skupin setkávají častěji než jejich české kolegyně. To je dáno mimo jiné tím, že zatímco v ČR byly až do revoluce v roce 1989 uzavřené hranice a migrace obyvatel z jiných zemí byla minimální (Uherek, 2008), zatímco ve VB je migrace obyvatel běžnou součástí historického vývoje země (Dysonová, 2007).

Naše 1. výzkumná otázka zněla: Jak často se pracovníci českých a britských nemocnic dostanou do situace, kdy pečují o člověka z některé z minorit a potřebují ohledně této péče vyhledat informace?

Z našeho výzkumu vyplývá, že všechny dotazované britské sestry se s pacienty z minorit setkávají denně. Jejich české kolegyně se také všechny v průběhu své praxe setkaly s pacienty z minoritních skupin.

Sestry z obou zemí si při své práci uvědomují, že existují specifika péče o jednotlivé minoritní skupiny. Znalosti a zkušenosti britských sester v oboru multikulturního ošetřovatelství jsou však o poznání detailnější a hlubší a samy sestry jsou k problematice péče o menšiny citlivější.

V oblasti nejasností a problémů při poskytování péče cizincům jsou britské sestry mnohem všímavější, sdílnější a sebekritičtější, než ty české. České sestry ve skutečnosti ani nezmiňují v rozhovorech žádné problémy se specifiky péče o jednotlivé minority. Je to možná proto, že si některé sestry ani neuvědomují, že by něco dělaly špatně, nevhodně nebo necitlivé, obvzláště pokud je pacient tichý nebo nemluví česky.

Nelze se potom divit výsledkům studie Tóthové (2009), kde respondenti z minoritních etnických skupin uvádějí, že specifika jejich kultury nejsou během hospitalizace respektována.

Díky vlastní zkušenosti z britské nemocnice, kde jsem pracovala jako sestra 7 let, vím, že je zde kladen velký důraz na politickou korektnost, slušné a spravedlivé zacházení se všemi pacienty. Necitlivé zacházení s pacienty z etnické menšiny jsem zaznamenala v minimální míře. Při své několikaleté praxi v českých nemocničních zařízeních jsem si naopak necitlivého přístupu všimla častěji.

Jazykovou bariéru řeší sestry v obou zemích podobně, a to posunky, gesty, řečí těla, rozpoznávání smyslu slov podle tónu hlasu nebo prosbou o pomoc rodinné příslušníky a členy personálu. Je zajímavé, že v menší míře využívají překladatele – může to být nejen z důvodu vyšších nákladů, ale i proto, že sehnat překladatele může trvat delší dobu a sestra se s pacientem potřebuje dorozumět v tu danou situaci. Toto dokládá příklad sestry 9, která vysvětluje, že jazykovou bariéru řeší: *„[p]oužitím jazykové linky a tlumočníků, ti ale často nejsou k dispozici, protože jsou velice přetíženi [...]. Často také žádáme o pomoc při překládání anglicky mluvící rodinné příslušníky pacientů, osobně nebo na telefonu”*.

Britské sestry navíc uvádějí, že se snaží naučit základní slova v jazycích, se kterými se setkávají nejčastěji. Toto poukazuje na větší stupeň iniciativy britských sester se sebevzdělávat. Také to ma pozitivní dopad na vztah sestry a pacienta. Jak uvádí sestra 9, *„[v] průběhu své praxe jsem zjistila, že tím, že se naučím a občas použiji nějaká slova v pacientově jazyce, si získám jejich důvěru*”.

V oblasti multikulturního vzdělávání jsou britské sestry jednoznačně napřed. Toto je dáno historicky. Prof. Papadopoulosová pracuje ve VB již od počátku 80. let na tom, aby se do výuky sester dostala i výchova k multikulturalitě. U nás je výuka multikulturního ošetřovatelství realitou teprve několika málo minulých let.

Co se týče vlastní inicitivy při vyhledávání zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství, většina českých sester necítí potřebu takové informace vyhledávat, zatímco všechny dotazované sestry z Velké Británie si takové informace dobrovolně a aktivně vyhledávají.

Zde je nutno uvést, že britské sestry mají jednodušší práci. Mohou se podívat na stránky NHS, DOH nebo RCN, kde jsou jim k dispozici relevantní informace a užitečné manuály, jako je například manuál Husbanda a Torryho z roku 2004, který je součástí stránek RCN. Na našem internetu je tento typ informací hůře dostupný, a to do té míry, že odkaz na velice užitečný manuál od Špirudové (2004) s názvem „Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur“, jsem našla víceméně náhodou. Na stránkách MZČR se při zadání hesla „multikulturní“ nezobrazí ani jedna položka a na stránkách ČAS jsem k oboru multikulturní ošetřovatelství nenašla také nic.

Značný rozdíl je i v přístupu k informacím na pracovištích. Většina českých sester uvádí, že takové zdroje na pracovišti nemají, zatímco všechny britské sestry vědí, kde tyto informace na svém pracovišti najít. Všechny sestry zmínily protokoly na nemocničních intranetech, dále internet, zkušenosti starších a zkušenějších sester a informace od sester s určitou odborností – například od paliativních nebo nutričních sester.

Sestry, které neabsolvovaly žádné vzdělání v oboru multikulturního ošetřovatelství (tři z pěti dotazovaných), necítily nikdy potřebu informace vyhledat. Jedna z nich uvádí, že to bylo kvůli nedostatku času. Sestry, které se s předmětem multikulturního ošetřovatelství setkaly na vysoké škole, aktivně vyhledáváji informace na internetu, a to na stránkách MZ a MPSV, v literatuře a směrnicích. Čtou články články s touto tématikou v odborných časopisech a snaží se vyzvědět co nejvíce informací od příbuzných nebo pacienta samotného.

Všechny kromě jedné dotazované sestry z ČR i z VB by uvítaly sjednocené zdroje, které by jim poskytly informace ohledně specifik ošetřovatelské péče o minoritní skupiny. Sestra pracující na ARO oddělení v ČR, která nemá vzdělání v multikulturním ošetřovatelsví, se domnívá, že pro její obor „*nejsou takové zdroje podstatné*“. Takovýto názor ale může znamenat to, že tato sestra bude ignorovat kulturní a náboženské zvyky například v případě úmrtí, které se na oddělení ARO vyskytuje poměrně často, což rodině zemřelého může způsobit rozrušení. Toto poukazuje na to, že vzdělávání a sjednocené zdroje jsou potřebné pro sestry na všech odděleních.

Některé sestry v rozhovorech také namítají, ze každý pacient, každá rodina, má svá specifika. Toto by také mělo být zohledněno ve vzdělávání – zdroje, pravidla a návody jsou velmi užitečné, ale individuální a citlivý přístup ke každému pacientovi je velmi důležitý pro poskytování eticky správné ošetřovatelské péče.

Většina českých i britských sester také neví o konkrétním právním předpise, který by uzákoňoval péči o cizince.

Ve 2. výzkumné otázce jsme si daly za úkol zmapovat dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství.

Podle našeho zjištění nejsou manuály a standardy plošně dostupné ve všech českých nemocnicích a ostatních místech, která poskytují ošetřovatelskou péči. Sestry nejsou dostatečně informovány o dostupnosti zdrojů na internetu ani o nutnosti znalostí v oblasti péče multikulturního ošetřovatelství jako takového. V případě absence zdrojů a vědomostí se sestry spoléhají na vlastní instinkt, ptají se příbuzných nebo přistupují ke všem stejně.

Je to způsobeno i teprve nedávným zařazením předmětu multikulturního ošetřovatelství do českého kurikula. Z výzkumu je zřejmé, že sestry, které prošly vzděláváním na vysokých školách v posledních letech, již jisté povědomí mají. Je ovšem nutné zajistit dostupnost výuky předmětu (např. v krátkodobých kurzech, online kurzech atd.) všem sestrám. Vyskytují se iniciativy toto zajistit. Existuje například Občanské Sdružení Seppia, kde se mohou sestry vzdělávat online po večerech z pohodlí svého domova. Témata multikulturního ošetřovatelství jsou zde poměrně častá.

Nedostatečná informovanost a vzdělanost sester v oboru může způsobit to, že úroveň multikulturní péče se v ČR může v různých zdravotnických zařízeních značně lišit, což může mít na pacienty z odlišných kulturních skupin negativní dopad.

To, že předmět multikulturního ošetřovatelství je zahrnut to vysokoškolského vzdělání však neznamená, že povědomost českých sester je dostatečná. Je to proto, že obecně mají méně kontaktu s menšinami, takže nenačerpají zkušenosti, které by mohly při své práci využít opakovaně. Znamená to také to, že méně zkušené sestry se nemají na koho obrátit s prosbou o radu tak, jak o tom mluví v rozhovorech britské sestry, které

mají při své práci příležitost zeptat se zkušenějších kolegyň. Ani jedna česká sestra nezmínila to, že by se poradila se zkušenější kolegyní.

Jako příklad toho, ze samotné vzdělání není jediným rešením, je situace, kterou uvádí sestra 6. *„Před tím, než jsem se přistěhovala do Londýna, jsem se o člověka z etnické menšiny nestarala. Musela jsem se naučit pravidla různých náboženství a jak respektovat odlišné postupy. Když jsem například poprvé prováděla péči o zemřelou osobu, která vyznávala islám, rodina požádala, zda mohou péči provést sami. Toto bylo proti protokolům nemocnice i v rozporu s tím, co jsem se naučila ve škole*. Byla to pro mne obtížná situace, ale nakonec jsem se zeptala své zkušené kolegyně a domluvily jsme se, *že členové rodiny pacienta umyjí, zatímco já zůstanu v místnosti, abych zajistila všechny právní aspekty"*. Tento příklad individuálního a citlivého přístupu poukazuje na to, že i sdílení zkušeností na pracovišti je nezbytně nutné k poskytnutí kvalitní a eticky správné zdravotní péče.

Toto zjištění dále zvýrazňuje důležitost dalšího vzdělávání, jako jsou například krátkodobé kurzy, kde by si sestry vyzkoušely situace, do kterých se v běžném provozu nedostanou například formou hraní rolí. Užitečné by také mohly být semináře, kde by sestry z nemocnic z vetších měst, kde žije více menšin, sdílely své zkušenosti s ostatními. Není třeba ale řešit formalním vzděláváním – i neformalní sdílení takovéto zkušenosti například na schůzi oddělení by napomohlo diseminaci informací tohoto typu. Tato situace odpovídá Průchově zjištění, že „celkově je u nás osvojování kulturní sensitivity u lékařů a zdravotnického personálu dosud nedostatečně zajišťováno vhodnými programy multikulturní přípravy" (Průcha, 2007, s. 171).

Bez ohledu na tradici a úroveň vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství je třeba tuto problematiku osvěžovat/refresh. Je to proto, že i některé britské sestry, které všechny tento předmět nebo další formy vzdělávání absolvovaly, v rozhovorech uvádějí, že si na tento předmět pamatují pouze matně. Další vzdělávání je také nezbytné proto, že do obou zemí přicházejí obyvatelé nových menšin s novými potřebami, zvyky a specifiky.

Dle rozsáhlé studie, kterou pod názvem „Transkulturní ošetřovatelství: Jak sestry reagují na kulturní potřeby svých pacientů", vedl profesor Aru Narayanasamy v roce

2003 ve Velké Británii, bylo zjištěno, že většina britských sester reaguje na potřeby svých pacientů adekvátním způsobem, ovšem další vzdělávání v tomto oboru je i přesto nutné.

Základním zdrojem vědomostí o multikulturní péči je zahrnutí výuky předmětu multikulturního ošetřovatelství do přípravy na povolání zdravotní sestry a zvýšení povědomí sester o nutnosti vzdělávání se v daném odvětví ošetřovatelství. Jedině tak může být ošetřovatelská péče poskytována holistickým způsobem, což je cíl moderního ošetřovatelství (Mastiliáková, 2010).

Třetí výzkumná otázka se týkala přehlednosti a dostupnosti zdrojů ohledně péče o příslušníky minorit, které jsou zdravotnickým pracovníkům k dispozici.

Ukázalo se, že české sestry na rozdíl od jejich britských kolegyň necítí potřebu zdroje vyhledávat. Podle mého názoru a po zkušenostech v českých i britských nemocnicích je to dáno nižší diverzifikací společnosti u nás, ale také pocitem nadřazenosti většinové populace, který je u nás bohužel stále patrný. Je to dáno také tím, že i samotní zdravotníci jsou ve VB velice často z řad jednotlivých minorit, kdežto v ČR se jedná spíše o výjimky.

Zdroje jsou ve VB daleko více rozpracované než u nás. Existuje větší množství publikací, odborných přednášek, standardů a protokolů. Je patrné, že toto může občas způsobit i to, že se v materiálech sestry nevyznají, nebo, jak uvádí i jedna z britských respondentek, jsou přehlceny informacemi.

To, že v ČR manuály, standardy a protokoly týkající se multikulturního ošetřovatelství teprve vznikají, je jedinečná příležitost, jak tento obor vzít za správný konec a utvořit ujednocené materiály, které budou uživatelsky přívětivé a všechny sestry budou vědět, kde je najít a jak je správně použít. Toto by mohlo napomoci zlepšení péče nejen o pacienty z etnických menšin, ale i o pacienty většinového obyvatelstva, kteří mají individuální potřeby. Sestry by byly obecně otevřenější a tolerantnější ke specifickým požadavkům jednotlivců.

Sestry si musí uvědomit vlastní zodpovědnost za vzdělávání a informovanost v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Nesmí jim být lhostejné pocity jejich pacientů z různých kultur, musí se aktivně vzdělávat a informovat v oblasti multikulturní péče

a podílet se na jejím rozvoji (Papadopoulos, 2006; Zdravotnické noviny, 2010). Jak vyplývá z rozhovorů, z kategorizace výsledků i z mé vlastní zkušenosti, britské sestry cítí zodpovědnost za sebevzdělávání, zatímco české sestry si zatím svůj vztah k sebevzdělávání teprve hledají.

Sestry se musí chovat tak, jak jim přikazuje NMC i ICN – především s bezpodmínečným respektem ke svým pacientům. Zodpovědnost za znalosti a schopnosti leží jak na sestrách samotných, tak na jejich zaměstnavatelích (Holland, 2010)

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Porovnání dostupnosti zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství v České republice a ve Velké Británii jsme se zabývaly zjišťováním rozdílů dostupnosti zdrojů poskytujících informace ohledně péče o pacienty z minoritních skupin, které mají všeobecné sestry k dispozici na jejich pracovištích.

V práci jsme si vytyčily dva hlavní okruhy, a to zmapovat dostupnost těchto zdrojů v obou zemích a zjistit, jaké zdroje sestry ve skutečnosti v praxi využívají. Tyto okruhy byly dále rozděleny do několika kategorizačních oblastí. Odpovědi z těchto okruhů směřovaly ke splnění cílů práce a výzkumným otázkám.

Pomocí kvalitativního šetření jsme hledaly odpovědi na tři stanovené výzkumné otázky. První otázka byla, jak často se pracovníci českých a britských nemocnic dostanou do situace, kdy pečují o člověka z některé z minorit a potřebují ohledně této péče vyhledat informace. Druhá otázka byla, jaká je dostupnost zdrojů týkajících se multikulturního ošetřovatelství. Třetí otázka byla, jaká je přehlednost a srozumitelnost zdrojů ohledně péče o příslušníky minorit, které jsou zdravotnickým pracovníkům k dispozici.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat a popsat současnou situaci v obou zemích. Z výsledků rozhovorů je patrné, že situace týkající se péče o minoritní skupiny a dostupnost zdrojů upřesňujících jednotlivá specifika ošetřovatelské péče je v obou zemích rozdílná.

Ve Velké Británii mají sestry větší množství dostupných zdrojů a také větší iniciativu se na téma multikulturního ošetřovatelství vzdělávat. V České republice je patrné, že je zde stále nutno udělat mnoho práce v oblasti informovanosti sester o nutnosti dodržování principů multikulturní ošetřovatelské péče a rozpoznávání a respektování rozdílnosti jendotlivých kultur.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno proto, že jej považujeme za velice důležité. Z vlastních zkušeností práce sestry v České republice a Velké Británii jsem si všimla rozdílu a chtěla jsem téma zpracovat akademicky. Dalším z důvodů byla aktuálnost dané problematiky. Multikulturní ošetřovatelství je v současné době často

diskutovaným tématem u nás i ve světě. Domníváme se, že to, že všechny respondentky by uvítaly jednotný zdroj, který by jim radil ve všech možných situacích v oblasti multikulturního ošetřovatelství, je velmi zajímavý výsledek.

Na základě výsledků této práce budou osloveny agentury ČAS a NMC. Zeptám se jich, jestli plánují tvorbu jednotného zdroje, který by sestrám asistoval při péči o pacienty z minoritních skupin. Pokud ne a pokud budou mít zájem, poskytnu jim svoji práci a doporučím, aby takovýto zdroj zavedly, protože prospěje úrovni poskytování zdravotnické péče jako takové.

7 SEZNAM ZDROJŮ

ANDREWS, Margaret M. a Joyceen S. BOYLE, (2012). *Transcultural Concepts in nursing care*. 6. vydání. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams. ISBN 978-1-60831-075-3

BARŠOVÁ, Andrea a Pavel BARŠA, (2005). *Přistěhovalectví a liberální stát. Imigrační a integrační politiky v USA, západní Evropě a Česku*, Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3875-6.

Becoming a nurse [online], (2012). [cit. 11.02.2013]. Aktualizováno dne: 06.03. 2012. Dostupné z: http://www.nmc-uk.org/Students/Getting-onto-a-course/Becoming-a-nurse/

BHOPAL, Raj S., (2007). *Ethnicity, Race and Health in Multicultural Societies*. 1. Vydání. Oxford University Press. ISBN 978-01-9856-817-9

BURNARD, Philip a Paul GILL, (2009). *Culture, communication, and nursing*. New York: Pearson Education. ISBN 978-013-2328-920.

Cizinci. [online], (2010). [cit. 04.12.2012]. Aktualizováno dne: 26.4. 2007. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/i/cizinci_v_cr_uvod

Cizinci s povoleným pobytem. [online], (2012). [cit. 15.12.2012]. Aktualizováno dne: 31 .10. 2012. Dostupné z: http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx

HOLLAND, Karen a Christine HOGG, (2010). *Cultural awareness in nursing and health care: an introductory text*. 2. vydání. London: Hodder Arnold. ISBN 03-409-7290-4.

HORŇÁKOVÁ, Anna, (2008). Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, roč. 18, č 9, s. 23-24. ISSN 1210-0404

IVANOVÁ, Kateřina et al., (2005). *Multikulturní ošetřovatelství I.* 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1

JEŽKOVÁ, Věra, (2010). Přehledová studie Multikulturalita Německa, Velké Británie, Švédska a České Republiky a opatření vzdělávací politiky pro školní vzdělávání. [online], *Orbis Scholae*, roč. 4, č. 3, s. 111–124, [cit.15.01.2013]. ISSN 1802-4637. Dostupné z: http://www.orbisscholae.cz/archiv/2010/2010_3_06.pdf

KŘIVÁNKOVÁ, Markéta, (2008). Multikulturní ošetřovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistetek. *Sestra*, Praha: Mladá Fronta. roč. 18, č 3, s. 19. ISSN 1210-0404

LEININGER, Madeleine a Marilyn Mc FARLAND, (2002). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and practice.* 3. vydání. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0071353977

DYSON, Sue, (2007). *Fundamental aspects of Transcultural Nursing*. London: Quay books. ISBN 978-1-85642-304-5

MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, (2010). *Holistické přístupy v péči o zdraví,* 2. vydání, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-457-3

NARAYANASAMY, Aru, (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse edducation today,* London: Elsevier Ltd., vol 25, no 2, s. 102-111 [02.03.2013]. ISSN: 0260-6917

NARAYANASAMY, Aru, (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs. *British journal of nursing,* London: MA Healthcare Limited, vol 12, no 3, s. 185-194 [10.02.2013]. ISSN: 0966-0461

NMC. *Standards for pre-registration nursing education (2010),* (2010). [online], London: NMC. [cit. 15.02.2013]. Aktualizováno dne: 16.09.2010 Dostupné z: http://www.nmc-uk.org/Documents/Circulars/2010circulars/NMCcircular07_2010.pdf

NMC. *The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*, (2010). [online], London: NMC. [cit.01.02.2013]. Aktualizováno dne: 16.09.2010. Dostupné z: http://www.nmc-uk.org/Publications/Standards/The-code/Introduction/

PAPADOPOULOS, Irena, (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners.* London: Churchil Livingstone. ISBN: 978-0-443-10131-1

Population estimates by ethnic group. [online], (2008). [cit. 01.12.2012]. Aktualizováno dne 12 .03. 2010. Dostupné z: http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nscl=Population+Estimates+by+Ethnic+Group

PROKEŠOVÁ, Radka et al., (2009). Obsah a zhodnocení celoživotního vzdělávání krátkodobých kurzů pro všeobecné sestry. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, roč. XI, č. 1. s. 64-71. ISSN: 1212-4117

PRŮCHA, Jan, (2007). *Interkulturní psychologie.* 2. Vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-280-5.

Statut Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. [online], (2012). [cit. 01.03.2013]. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/about

STRAKOVÁ, Jana a Emília SCHOLTZOVÁ, (2012). Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. Praha: Ambit Media, roč.8, č. 5, s. 28. ISSN 1801-464X

ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al., (2006). *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X

ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al., (2004). *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur, Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur. Uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická*

zařízení v ČR. [online], [cit. 15.12.2012]. Dostupné z: http://www.eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf

TÓTHOVÁ, Valérie et al., (2009). K problematice zajištění kulturně diferencované ošetřovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU, roč. XI, č. 2. s. 282-290. ISSN: 1212-4117

TÓTHOVÁ, Valérie, (2010). Neorientujme se pouze na výkon, ale především na člověka: Rozhovor. *Zdravotnické noviny.* Praha: Mladá Fronta, roč. 59, č. 24. s. 24-27. ISSN 1805-2355.

UHEREK Z. et al., (2008). *Cizinecké komunity z antropologické perspektivy: vybrané případy významných imigračních skupin v České republice.* [online],
Praha: Etnologický ústav AV ČR, Blesková tiskárna, spol. s.r.o. ISBN: 978-80-87112-12-0. [cit. 28.12.2012].
Dostupné z http://www.eu.cas.cz/admin/obrazek.php?id=100&k=30

Vyhláška 39/2005 Sb. O získání odborné způsobilosti nelékařských povolání In: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2005, [cit. 06.12.2012]. Aktualizováno dne: 11 .05. 2012. Dostupné z:
http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=59467&recShow=2&nr=39~2F2005&rpp=15#parCnt

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Otázky pro nestandardizovaný rozhovor v českém jazyce

1. *Prosím, řekněte mi něco o sobě: Jak dlouhou praxi v ošetřovatelství máte, v jaké oblasti; kde v současné době pracujete a na jaké úrovni?*
2. *Setkal/a jste se při své ošetřovatelské praxi s pacienty z minoritních skupin a ze kterých?*
3. *V jakém rozsahu jste zdravotní péči cizincům poskytoval/a a jakému etniku, či národnosti?*
4. *Jakých specifik jste si u jednotlivých skupin všimla?*
5. *Měla jste nějaké nejasnosti ohledně péče o pacienty z minorit?*
6. *Byl předmět multikulturní péče součástí Vaší přípravy na povolání sestry? Navštívila jste případně nějaký kurz?*
7. *S jakými problémy jste se nejčastěji setkala při poskytování péče cizincům?*
8. *Jak jste řešila jazykovou bariéru?*
9. *Kde jste vyhledala informace o tom, jak kterou situaci u jednotlivých minorit vyřešit?*
10. *Jak jste věděla zda můžete zdroji důvěřovat?*
11. *Je ve vaší nemocnici přístup ke zdrojům (knihy, standardy, manuály) ohledně péče o jednotlivá etnika?*
12. *Uvítala byste sjednocené zdroje v podobě standardů/ protokolů, kde by bylo uvedeno, jak v daných situacích postupovat?*
13. *Myslíte si, že je u nás péče o cizince nějakým způsobem uzákoněna?*

Příloha č. 2 - Otázky pro nestandardizovaný rozhovor v anglickém jazyce

1. *Please tell me something about yourself: How long have you been nursing for, what area of practice, where do you currently work and at what level?*
2. *Have you been caring for patients from minority groups during your nursing practice and from what minorities?*
3. *To what extent do you provide health care to foreigners / minority groups?*
4. *What specifics have you noticed in different groups? Examples, please…*
5. *Were there any situations in which you were not sure how to provide specific care to a given minority?*
6. *Was multicultural nursing part of your nursing education?*
7. *What are the most common problems you encountered when providing care to patients from minorities?*
8. *How did you deal with the language barrier?*
9. *Where have you sought information about how to solve the situation for each minority?*
10. *How do you know whether you can trust the source?*
11. *Do you have an access to resources (books, standards, manuals) regarding the care of a single ethnic group in your hospital?*
12. *Would you welcome a unified source in the form of standards / protocols, showing what to do in these situations?*
13. *Do you think that there is a specific law regarding the care of minorities in the UK?*