

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Renáta Nová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DĚTSKÉHO
PACIENTA VIETNAMSKÉ KOMUNITY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Grejcarová

PLZEŇ 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nová Renáta

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o dětského pacienta vietnamské komunity

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Grejcarová

Počet stran – číslované: 45

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: Migrace, Vietnamci, multikulturní ošetřovatelství, hospitalizované dítě, komunikace, specifické potřeby

Souhrn: Bakalářská práce je věnována problematice ošetřování dětského pacienta vietnamské komunity. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou shrnuty poznatky multikulturního ošetřovatelství, specifika vietnamského etnika, vycházející z kulturních tradic této menšiny, pozornost je věnována zejména dětskému pacientovi. Všechny tyto informace pramení z odborné literatury a internetových zdrojů. Praktická část je výzkumného charakteru, prováděného formou kvalitativního výzkumu. Výsledkem je návrh na odborný seminář určený pro všeobecné sestry, zaměřený na multikulturní péči.

Abstract

Surname and name: Nová Renáta

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Specifics of the Nursing Care for a Child Patient of the Vietnamese Community

Consultant: Mgr. Jaroslava Grejcarová

Number of pages – numbered: 45

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 26

Keywords: migration, Vietnamese, multicultural nursing care, hospitalized child, communication, specific needs

Summary: This thesis focuses on the issue of a medical treatment of a child patient of the Vietnamese community. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part summarizes information about multicultural nursing care, the specifics of the Vietnamese ethnic group, which are based on the traditions of this minority, and aims one's attention to the child patient. All information proceeds from specialized literature and Internet resources. The practical part presents qualitative research, conducted by one-to-one interviews. Based on the results, a specialized course for nurses, focusing on multicultural nursing care, is suggested.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Grejcarové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, ochotu a trpělivost. Dále děkuji dětským a všeobecným sestřám z DK FN Plzeň, za vstřícnost při poskytování výzkumných rozhovorů. A velké díky patří také mé rodině, která mi byla velkou oporou po dobu mého studia.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	8
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	11
1.1 Kultura	11
1.1.1 Kulturní šok	11
1.2 Migrace do Evropy	12
1.2.1 Příčiny mezinárodní migrace	12
1.3 Cizinci v České republice	13
1.3.1 Systém zdravotní péče o cizince v České republice	14
1.3.2 Komunikace s cizinci.....	14
1.4 Ošetrovatelské modely a teorie.....	15
1.4.1 Model kulturní kompetence - Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor 15	
1.4.2 Model „ Vycházejícího slunce“ – Madeleine Leininger	16
1.4.3 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče – Giger-Davidhizer	16
2 VIETNAMCI.....	17
2.1 Vietnamský národ	17
2.2 Historie migrace Vietnamců do ČR.....	17
2.3 Vietnamci v současné ČR	18
2.4 Vietnamské děti – „Banánové děti“	19
2.5 Vietnamské dítě v nemocnici.....	19
2.6 Vietnamci a zdraví	19
2.7 Systém vietnamského zdravotnictví	20
2.8 Specifické rysy a odlišnosti vietnamské národnosti	21
2.8.1 Náboženství a kultura	22
2.8.2 Žebříček hodnot	22
2.8.3 Strava – vietnamská kuchyně	23
2.8.4 Jazyk a písmo	24
2.8.5 Pohled na stáří, umírání a smrt	24
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PEDIATRII	25
3.1 Rozdělení dětského věku	25
3.2 Ošetrovatelský proces v pediatrii.....	26
3.3 Bolest u dítěte a její řešení	27
3.3.1 Podávání léků dětem.....	27
3.4 Potřeby hospitalizovaného dítěte	27

3.5	Zásady komunikace s dětským pacientem.....	28
3.5.1	Hra a trávení volného času	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	31
4	HLAVNÍ CÍ.....	31
4.1	Dílčí cíle.....	31
5	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	32
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	33
7	METODIKA PRÁCE	34
8	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	35
8.1	Rozhovor č. 1	35
8.2	Rozhovor č. 2.....	37
8.3	Rozhovor č. 3.....	39
8.4	Rozhovor č. 4.....	41
9	ANLÝZA DAT – ZJIŠTĚNÍ	43
9.1	Komunikace jako problém.....	43
9.2	Specifika při ošetřování vietnamských dětí	44
9.3	Vzdělávání	44
9.4	Používání komunikačních pomůcek	45
10	DISKUZE	47
	ZÁVĚR.....	52
	SEZNAM LITERATURY.....	53
	SEZNAM PŘÍLOH	56

SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

DK – dětská klinika

FN – fakultní nemocnice

kol. – kolektiv

např. – například

OS – občanské sdružení

PhDr. – doktor filozofie

prof. – profesor

Sb. – sbírky

s. – strana

SZŠ – Střední zdravotnická škola

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů

VOŠZ - Vyšší odborná škola zdravotnická

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce věnuje pozornost multikulturnímu ošetřovatelství a specifikům ošetřování příslušníků vietnamské komunity, a to zejména dětským pacientům. Dítě není malý dospělý. Vyžaduje odlišný specifický přístup, který odpovídá jeho věku, vývojovým schopnostem i rozdílným charakterovým vlastnostem. Když k tomu přidáme odlišnou etnickou příslušnost, je jasné, že ošetřovatelská péče o takové dítě si zaslouží naši plnou pozornost.

Pojem ošetřovatelství je znám již od 10. století. Od té doby ošetřovatelství prošlo velkými změnami nejen u nás, ale po celém světě. Současné ošetřovatelství vyžaduje vzdělané sestry, proto neustále stoupají nároky na jejich znalosti a odbornost. V dnešní době je velice aktuální otázkou migrace, dochází k hromadnému přemísťování lidí po celém světě. Důvody jsou různé a otázkou je, zda je naše společnost na takovou situaci dostatečně připravena.

Migranti se setkávají s prostředím, které neznají, nechápou náš styl života a vše je ztíženo jazykovými bariérami. Tyto rozdíly na nás ve zdravotnictví kladou stále vyšší nároky, ke kterým je třeba zaujmout správný postoj.

Je třeba, aby se zdravotnický personál orientoval v kulturních a sociálních odlišnostech etnických skupin a byl tak schopen poskytovat kulturně uzpůsobenou, prospěšnou zdravotní péči. K tomu, aby zdravotničtí pracovníci přistupovali k pacientům různých minoritních skupin s respektem a účinně, je důležité, aby měli dostatečné vědomosti a dovednosti. Právě proto jsem se rozhodla ve své práci zmapovat povědomí sester o multikulturním ošetřovatelství v praxi. V naší zemi jsou třetí nejpočetnější etnickou skupinou Vietnamci, a právě proto jsem se na tuto skupinu zaměřila.

V teoretické části práce se hodlám zaměřit na multikulturní ošetřovatelství obecně, konkrétně pak na specifika vietnamské kultury a na vývojová stadia dětského věku. Samotný dětský věk má totiž své zákonitosti i zvláštnosti, různé vývojové schopnosti a rozdílné charakterové vlastnosti. Komunikace s dětským pacientem je jedinečné umění s vlastními pravidly a významy. Děti nejsou obvykle ve své komunikaci naivní. Jejich sdělení je často kódovaná zpráva, kterou je třeba dešifrovat, a je třeba každému dítěti věnovat čas a porozumění. Hospitalizace dítěte se dotýká každého člena rodiny. Proto je důležité, aby sestra dokázala pochopit i změny v jejich chování a konání.

Povzbuzovala je k aktivní účasti na léčbě a tím zajistila pocit důvěry ke členům ošetrovatelského týmu. Způsob, jakým samotné dítě prožívá svoji nemoc, je výrazně ovlivněn i výchovnými postoji v rodině. U vietnamské komunity se tyto výchovné postoje liší od těch našich, a proto je důležité se o ně zajímat.

Praktickou část zaměřuji na samotné sestry, jako vykonavatelky ošetrovatelské péče. Jejich zkušenosti, postřehy a problémy spojené s ošetrováním dětských pacientů vietnamské komunity a samotné zjištění v čem je nebo není taková péče specifická.

Při zpracování kvalifikační práce jsem použila aktuální dostupnou literaturu, čerpala jsem celkem z 26 zdrojů, z toho 15 z nich byly knihy a monografie, 3 internetové odkazy, 3 články, 2 kvalifikační práce, 2 zákony a 2 materiály FN Plzeň. Některé ze zdrojů byly starší deseti let.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Multikulturalita pro mnohé jen slovo, na kterém si zauzluje jazyk. Je to stav nebo situace, kdy v rámci jedné společnosti spolu žijí lidé pocházející z různých kulturních okruhů, a tuto svou kulturní odlišnost mohou svobodně projevovat. Na ulicích zejména větších měst čím dál častěji slyšíme spoustu lidí, kteří mluví jiným jazykem. Často navštěvujeme čínské jídelny a denně chodíme okolo vietnamského obchodu (Na křižovatce kultur, 2011).

Proto ať chceme nebo ne, multikulturalita se nás stále více dotýká a bude dotýkat v každodenním životě. A proto i samotná výuka multikulturního ošetřovatelství musí mít své místo ve vzdělávání zdravotnického personálu.

1.1 Kultura

Abychom mohli mluvit o multikulturním ošetřovatelství, zastavme se na chvíli u kultury samotné. Kultura, byla vždy součástí výbavy lidského druhu, představuje celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty, systémy, právní předpisy, poznání, umění, zvyky a schopnosti. Kultura není vrozená, je to produkt lidského myšlení. Osvojujeme si ji po narození prostřednictvím životních zkušeností. Kdybychom hledali nějaké přirovnání, mohli bychom kulturu přirovnat k (ne)obyčejné cibuli: přičemž zevní vrstvu – „slupku,“ tvoří produkty kultury jako je řeč, strava, oblečení a architektura, tedy vše co je na první pohled viditelné a vnímatelné. Střední vrstvu odhalíme pomaleji až v bližším kontaktu s danou kulturou. Jsou to normy a viditelné hodnoty, co je správné, co je špatné. Např. jiná pravidla silničního provozu, gesta, pozdravy, stisk ruky, políbení ruky, úklon. Nakonec nám zůstává vnitřní vrstva, jádro obsahující základní hodnoty a otázky existence. Jádro je pro cizince těžko rozpoznatelné a k proniknutí do něj je zapotřebí dlouhého a úzkého styku s odlišnou kulturou (Ivanová, Špirudová, 2005 s. 26, 27).

1.1.1 Kulturní šok

Termín „kulturní šok“ užívají antropologové k popsání pocitů dezorientace a stresu, jež zakoušejí lidé vstupující do neznámého prostředí. Při setkání s jinou kulturou

se kulturnímu šoku nevyhne nikdo, a pokud se s ním adekvátně nevyrovnáme, může mít hluboké a dlouhodobé následky. Oberg důsledně popsal kulturní šok v roce 1954 a uvedl jeho čtyři fáze:

1. Fáze „medových týdnů“, počáteční okouzlení, fascinace, nadšení
2. Fáze krize, náhlý obrat, frustrace, úzkost hněv
3. Fáze zotavení: odhodlanost a kulturní učení
4. Fáze přizpůsobení: potěšení z fungujících schopností v nových životních podmínkách (Kutnohorská 2013, s. 73, 74).

Mezi symptomy kulturního šoku se řadí: Obava z konzumace jídla, pití, nadměrné mytí rukou, strach z fyzického kontaktu, pocit bezmoci, touha po kontaktu s příslušníky stejné národnosti, záchvaty vzteku, odmítání učení se jazyka nové země, absence každodenních úkonů, na které byl jedinec zvyklý, nepřiměřený strach o sebe a svůj majetek.

1.2 Migrace do Evropy

Příčiny proč lidstvo migruje, jsou velmi různorodé. Migrace je jev celosvětový a snahy ji zastavit jsou jen marným bojem, protože lidé, kteří se rozhodli opustit svůj domov, ho opustí za jakoukoli cenu. Migrací se rozumí i přesun lidí v rámci jednoho státu, ten nazýváme migrací vnitrostátní, tato migrace však nemění etnickou strukturu státu jako celku a důvodem bývá zaměstnání, studium či rodinné důvody. Důležitější a složitější otázkou je pro nás ovšem migrace s mezinárodním aspektem. Zde chápeme tento jev jako méně či více časově ohraničený proces přesunu lidí mezi prostory určenými státními hranicemi.

1.2.1 Příčiny mezinárodní migrace

V současnosti můžeme spatřovat příčiny mezinárodní migrace zvláště ve značných rozdílech životní úrovně jednotlivých světadílů. Je důležité si uvědomit nejen jevy, které migraci vyvolávají, ale i faktory umožňující a napomáhající. Lidé často utíkají nejen před válkami, přelidněním, ale také před přírodními katastrofami, politickými poměry, či před náboženským vyznáním. To, co hledají imigranti v cizí zemi, jsou zajisté lepší ekonomické podmínky, sociální rovnost, bezpečí, demokracie, náboženská svoboda, ale také dostupné zdroje potravy a volný prostor. Bohužel, pokud není imigrantovi

umožněno přicestovat do dané země legálně, hledají mnozí z nich cestu nelegální. Ta je ovšem spojena se spoustou problémů do budoucnosti a jejich možným nuceným návratem (Multi-kulti 2009, s. 7).

Také Česká republika se bude i nadále potýkat s imigrací a adaptací imigrantů. Všechny však čeká nelehký úkol a to složitý proces adaptace v majoritní společnosti. Opuštění vlastní země a přesun do neznámého prostředí je akt hluboce zasahující do života člověka. Lidé mohou trpět kulturním šokem a stresem z migrace (Šišková, 2001, s. 32).

1.3 Cizinci v České republice

Cizinec na našem území může pobývat bez víza, na základě víza nebo na základě povolení k trvalému pobytu. Pobyt cizinců na území ČR upravuje zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších předpisů (zákon č. 217/2002 Sb., změna zákona o cestovních dokladech a zákona o azylu), který mimo jiné stanovuje podmínky vstupu na území, přechodný pobyt cizinců, trvalý pobyt cizinců na území a pobyt cizince narozeného na území České republiky. Pokud cizinec splňuje podmínky uvedené v cizineckém zákoně, získává povolení k trvalému pobytu. Pokud má osoba na území ČR nepřetržitý pobyt po dobu nejméně pěti let, může být uděleno státní občanství u takové osoby, je vyžadována znalost češtiny a skutečnost, že nebyla v těchto pěti letech trestána za úmyslný trestný čin. Cizinci mohou také žádat o azyl, což je forma mezinárodní ochrany, před pronásledováním, kterým trpěli v zemi původu.

Ze společné studie Českého statistického úřadu a institutu vyplývá, že bez přílivu cizinců začne Česko brzy vymírat. I když migranti úbytek obyvatel zcela nezastaví, mohou ho zbrzdít. Kolem roku 2100 by mělo být podle prognózy i s cizinci v Česku 8,8 milionů obyvatel, bez migrantů by jich bylo jenom šest milionů.

Česko má základní tři zdroje, odkud k nám migranti přicházejí z jiných zemí, většinou za prací. Podle posledních dostupných údajů žije v České republice 430 tisíc migrantů z toho 131 tisíc Ukrajinců, 116 tisíc Slováků a 61 tisíc Vietnamců. Jádro migrace, tvořené členy pouze tří národů, odlišuje Česko od zbytku Evropy, kde je národností složení migrantů podstatně širší (Český statistický úřad, 2018).

Vietnamská populace v ČR představuje v porovnání s počtem obyvatel největší koncentraci tohoto etnika v Evropě. Vzdělanostní struktura migrantů je zpravidla vyšší, než jakou vyžadují profese, ve kterých v Česku pracují. Do Česka ale zatím neumíme

přilákat a následně udržet ty migranty, které potřebujeme. Tedy vzdělané lidi, pracovníky s vyšší kvalifikací. Tito lidé totiž pro to, aby v hostitelské zemi zakotvili, potřebují zázemí pro svoje rodiny. Varující je také to, jak upozorňují statistici, že po příchodu do ČR postupně klesá plodnost cizinců. Výjimkou je ale právě vietnamská komunita, z níž v Česku zakotvila a natrvalo žije již i druhá a třetí generace.

1.3.1 Systém zdravotní péče o cizince v České republice

Zdravotní péče se zpravidla poskytuje na základě zdravotního pojištění. V České republice existují dva typy: povinné veřejné zdravotní pojištění a smluvní pojištění. V případě, že osoba nemá žádné zdravotní pojištění, je mu poskytována zdravotní péče za úhradu. Právní nárok na účast v systému veřejného zdravotního pojištění vzniká ze zákona cizincům s trvalým pobytem, azylantům a cizincům, kteří jsou zaměstnanci zaměstnavatele, jenž sídlí na území České republiky.

Cizinci, kteří nesplňují podmínky pro účast ve veřejném zdravotním pojištění, mohou uzavřít smluvní zdravotní pojištění. S ohledem na rozsah péče hrazené z pojištění se uzavírá krátkodobé nebo dlouhodobé smluvní zdravotní pojištění. Při čerpání zdravotní péče v České republice má cizinec, jako účastník systému, stejná práva jako každý jiný český pojištěnec.

Děti cizinců narozených na území České republiky mají stejný druh pobytu jako jejich rodiče. Proto u cizinců, kterým byl na našem území udělen dlouhodobý pobyt za účelem zaměstnání, musejí rodiče po narození dítěte požádat o vízum, povolení k pobytu nebo uzavřít dlouhodobé smluvní pojištění dítěte (Tóthová 2010, s. 128 – 131).

1.3.2 Komunikace s cizinci

Komunikace mezi sestrou a pacientem je jednou z nejdůležitějších složek ošetrovatelské péče. Při jejím poskytování členům minoritní skupiny je velmi často komunikace na nižší úrovni, čímž může být ovlivněna kvalita této péče. Členové zdravotnického týmu se nejčastěji snaží pomoci cizincům hlavně tím, že na ně mluví pomalu a jednoduchou češtinou. Pokud to však nestačí, mohou sestry využívat slovník, kresbu, neverbální komunikační znaky a karty (Tóthová 2010, s. 133).

Ve FN Plzeň najdeme Anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty, vydané odborem sociálních služeb Magistrátu města Plzně z roku 2011, jsou součástí

příloh (viz Příloha č. 1). Případně je zde k dispozici speciální tablet, kde je možné uskutečnit videohovor s tlumočnickem (Standard FN 2016, s. 3).

Ministerstvo zdravotnictví vydalo komunikační karty „Sada otázek a odpovědí pro komunikaci s cizincem“ jedna část je ve vietnamském jazyce a sada otázek je určena přímo pro dětské lékařství (Vox pediatrie 2016, s. 9).

1.4 Ošetrovatelské modely a teorie

Ošetrovatelské modely otvírají cestu k řešení aktuálních problémů a vyžadují soustavné rozšiřování vědomostí o nových poznatcích v ošetrovatelství. V ošetrovatelské praxi vlastně přeměňují teorii v praxi, určují směr ošetrovatelských aktivit v rámci ošetrovatelských jednotek. A analyzují roli sestry v každodenní ošetrovatelské činnosti. Koncem 20. století vznikla nová filozofie ošetrování. Právě proto se do vzdělávání dostávají změny, které vyžadují seznamovat se s novými poznatky, tedy i poznání ošetrovatelských modelů a teorií, které se snaží pohlížet na člověka, který je chápaný jako celek (Sedláková 2010, s. 11).

1.4.1 Model kulturní kompetence - Irena Papadopoulos, Mary Tilki a Gina Taylor

V roce 1994 vytvořily model s cílem prosadit multikulturní (transkulturní) vzdělávání, jako snahu pomoci studentkám ošetrovatelství k vytvoření kulturních kompetencí.

Model má čtyři fáze:

- fáze kulturního uvědomění - sebeuvědomění, kulturní identita, věrnost dědictví, egocentričnost, tradiční představy, etnohistorie
- fáze kulturní znalosti - zdravotní názory a chování, antropologické, sociopolitické, psychologické a biologické chápání, podobnosti a rozdíly, zdravotní nerovnosti
- fáze kulturní citlivosti - empatie, mezilidské/komunikační dovednosti, důvěra, respekt, akceptování, vhodnost, bariéry kulturní citlivosti
- fáze kulturních kompetencí – dovednosti hodnocení, diagnostické dovednosti, klinické dovednosti, zpochybňování a řešení předsudků, diskriminace a nerovnosti (Tóthová 2010, s. 23).

1.4.2 Model „Vycházejícího slunce“ – Madeleine Leininger

Madelein Leiningerová je autorkou teorie, která se stala základním kamenem transkulturního ošetřovatelství. Protože pracovala jako sestra na dětském oddělení, začala si všimnout rozličných původů a velkých kulturních rozdílů mezi dětmi a to ji vedlo k myšlence a nutnosti udělat změnu v této oblasti ošetřovatelství. Vytvořila tak model, známý pod názvem „vycházejícího slunce“. Jádrem slunce je tvořeno znaky, modely, praktikami péče a zdravím, a je ve vzájemné souvislosti s paprsky slunce, které představují sociokulturní faktory zdraví – technologické, náboženské a filozofické, politické, ekonomické, právní a vzdělávací, kulturní hodnoty, rodinné faktory a životní styl. Všechny tyto faktory ovlivňují vnímání zdraví a nemoci i způsob péče, kterou nemocný využívá. Tento model se stal vzorem pro vytvoření dalších modelů kulturně specifického ošetřovatelství (Kutnohorská 2013, s. 40,41). Grafické znázornění modelu uvádím jako přílohu (viz Příloha č. 2)

1.4.3 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče – Giger-Davidhizer

Z části navazuje na předchozí model, hodnotí každého jedince jako unikát, na základě šesti kulturních fenoménů – komunikace, interpersonálního prostoru, sociálního začlenění, času, individuem kontrolovaného prostředí a biologických variací.

Metaparadigma Gigerové-Davidhizerové zahrnuje: transkulturní ošetřovatelství, kulturně kompetentní péči, kulturní jedinečnost individuí, kulturně citlivé prostředí, zdraví a zdravotní status. Napomáhá zdravotníkům správně nasměrovat ošetřovatelské aktivity a usnadňuje jim tak provádění změn v ošetřovatelském procesu (Thóthová 2010, s. 154). Grafické znázornění modelu rovněž uvádím jako přílohu (viz Příloha č. 3)

2 VIETNAMCI

Vietnamci jsou na první pohled obvykle nižší postavy, žluté pokožky, mají hnědé oči, vlasy tmavohnědé až černé, lesklé a rovné. Na zádech se může objevovat mongoloidní dvojitá pigmentová skvrna. U mužů i žen většinou chybí zcela tělní ochlupení. Obličej Vietnamce je typický malým nosem a šikmým položením očních štěrbin. Vietnamci převážně netrpí obezitou, jejich hmotnost odpovídá výšce.

2.1 Vietnamský národ

Vietnamci jsou národem hrdým na svou statečnost a mají svůj typický charakter. Vietnamská socialistická republika je stát, kterému vládne jediná komunistická strana a hlavou státu je prezident.

Svojí rozlohou je čtyřikrát větší než Česká republika. Je charakteristická svým velice rozmanitým terénem. Ve střední a jižní části země se rok dělí pouze na dvě roční období, období sucha a období dešťů. Vietnam se nachází východním pobřeží jihovýchodní Indie, kde je omýván Indočínským mořem a území Vietnamu má tvar písmene S. Podle něj se často Vietnam označuje za „zemi draka“, protože tvar země připomíná hada nebo draka. Vietnamská vlajka má na červeném poli žlutou pěticípou hvězdu. Červená barva listu symbolizuje revoluci a krev prolitou za svobodu země. Vietnamci jsou pyšní na to, že se dokázali ubránit nejmocnějším zemím světa. Cípy hvězdy představují vojáky, mládež, intelektuály, rolníky a dělníky. Ve Vietnamu je extrémně špatná dopravní situace a velice špatná ekologická situace. Velký význam má zemědělství a díky pěstování rýže se Vietnam řadí mezi největší vývozce rýže na světě (Multi kulti 2009, s. 105).

2.2 Historie migrace Vietnamců do ČR

Vztah mezi Českou republikou a Vietnamem se vytvořil již v minulosti, integrace Vietnamců do českého prostředí tak probíhá již padesát let. Vzájemná spolupráce mezi oběma zeměmi vedla k hromadnému přijímání vietnamských dělníků a praktikantů. Vietnamští studenti zde dostávali stipendia. Rozdílnost české a vietnamské kultury a zvyků vyplývá primárně z náboženství. Vietnamci přicházeli do Československa od padesátých let minulého století. První větší skupinou bylo sto dětí postižených válkou, které byly umístěny do Chrastavy na Liberecku. Zásadní byl rok 1973, kdy vietnamská delegace požádala o příchod dalších 10 až 12 tisíc svých občanů pro získání profesních zkušeností.

Posléze bylo uzavřeno několik mezivládních dohod o příjezdu učňů, studentů a dělníků. Vietnamská ambasáda určovala omezení týkající se například studentů. Kdo se špatně učil nebo měl problémy s kázní, musel se vrátit zpátky do Vietnamu. To dělalo ze studentů velmi cílevědomé mladé lidi, kteří měli disciplínu a odváděli špičkové výkony. Po roce 1982 mohla Vietnamka chodit s Vietnamcem, ale nesměla otěhotnět. Otěhotnění znamenalo okamžitý návrat do Vietnamu. Na konci každého školního roku probíhalo týdenní soustředění s politickým školením. Některé podniky v polovině osmdesátých let plnily plán za vydatné pomoci vietnamských dělníků, některé by se bez nich dokonce neobešly. Po ukončení pobytu si každý Vietnamec mohl bezcelně odvézt do své země zboží v hodnotě padesáti procent celkového výdělku (Menšinová problematika 2006, s. 48).

2.3 Vietnamci v současné ČR

V současné době dochází pomalu k nalézání cesty ke vzájemné komunikaci, vedoucí k pochopení a interakci mezi majoritou a minoritou. Díky velkému množství organizací působících na území České republiky se zlepšuje životní situace zdejších Vietnamců, což současně přispívá k jejich lepší integraci. Mezi organizace působící v ČR patří: Svaz Vietnamců v ČR, Svaz vietnamských podnikatelů, Česko vietnamská společnost, Svaz vietnamské mládeže a studentů a několik vydavatelství tisku, OS klub Hanoi a vietnamská televize, která má mezi Vietnamci velkou sledovanost (vysílá pro krajany v zahraničí).

Vietnamci jsou od roku 2014 v ČR oficiálně uznanou národnostní menšinou. Mohou tedy získat dvojí občanství. Vidí v nové zemi možnost zlepšení své ekonomické situace. Přicházelí a přicházejí sem především za vidinou lepšího výdělku, než jaký měli ve Vietnamu. Nemigrují ve jménu touhy po změně kulturního prostředí, poznání nebo čehokoliv nového. Přicházejí změnit materiální budoucnost své rodiny.

Ústředním místem vietnamské komunity v ČR je „město v srdci Evropy“ či „malá Hanoi“, pražská tržnice Sapa, kde by v nadsázce řečeno mohl člověk strávit celý život, přinejmenším ten ekonomický, protože zde naleznete pravděpodobně vše, co potřebujete. Její součástí je i školka, kterou by mohl leckterý český rodič Vietnamcům závidět. Funguje celý týden od rána do noci a v příjemném a čistém prostředí zde mohou den trávit děti už od jednoho roku věku. Jak uvádí Pechová, velkostržnice jsou uzavřeným světem,

ze kterého Vietnamci nemusí vůbec vycházet a tím pádem nejsou vůbec motivováni učit se česky a rozumět českému prostředí (Pechová, 2007, s. 24).

2.4 Vietnamské děti – „Banánové děti“

V souvislosti s vietnamskou komunitou je nutné zmínit i fenomén tzv. „banánových dětí“. Jedná se především o potomky vietnamských imigrantů, kteří se narodili v ČR nebo zde žijí od malička. Převzali již mnoho hodnot a styl života české společnosti, a mají mnohdy blíže ke svým českým vrstevníkům než ke svojí tradičně založené rodině. Mladí Vietnamci jsou na rozdíl od většiny svých rodičů velmi dobře integrováni do majoritní společnosti. Díky tomu dochází k postupné, pomalé integraci a překonávání interkulturních překážek. Na druhé straně xenofobie české společnosti a vzájemná uzavřenost tradičních vietnamských komunit stále zůstává. Češi na Vietnamce pohlížejí ve dvou extrémech, buď jako velmi pracovité a bezkonfliktní lidi, anebo je podezírají z nekalého kšeftování či výroby drog. Vcelku jsou však viděni spíše jako nekonfliktní. (Multi kulti 2009, s. 107).

2.5 Vietnamské dítě v nemocnici

Jak již víme, samotný dětský věk má svá specifika, vietnamské dítě navíc kromě překonání jazykové bariéry potřebuje stejně organizovaný a systematický přístup nejen k němu samotnému, ale i ke svému doprovodu. Důležitostí a nezbytností při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je vytvoření fungujícího vztahu sestra – dítě, sestra – rodina. Přitom, ale je nutné si udržovat hranice profesionality, zapojovat rodiče do péče o dítě. A musíme si být jisti, že nám opravdu rozumějí, úsměv a přikývnutí nestačí. Někdy při edukaci raději necháme rodiče, ať nám názorně předvedou, co jsme jim vysvětlovali, pokud je to možné (Sikorová 2011, s. 28).

V naší zemi máme u dětského pacienta tendenci být nemocnému dítěti na blízku. U vietnamského dítěte, bychom ale měli být obezřetní při doteku či pohlazení po vlasech. To je ve vietnamské kultuře výsadou rodičů, jen Ti hladí své děti. Hlavu chápou Vietnamci jako „sídlo života“ a je proto považována za něco výjimečného (Kutnohorská 2013, s. 111).

2.6 Vietnamci a zdraví

Vietnamci se řídí silami jing a jang, které ovlivňují rovnováhu a harmonii. Jsou to dva protikladné principy, přičemž jang je negativní, chladný princip, charakterizující ženské vlastnosti, Zemi, Měsíc, tmu a smrt. Naproti tomu kladný jing

ovládá povrch těla a charakterizuje mužské vlastnosti, Slunce, nebe, světlo a život. Jang ovládá břicho, žaludek, střeva a močový měchýř. Mezi orgány ovládané principem jang patří ledviny, srdce, plíce, slezina a játra. Zdraví vnímají jako rovnováhu mezi horkem a chladem, suchem a vlhkem. Vietnamci vždy zkusí nejdříve domácí léčení a tak se velmi často stává, že přicházejí s velkými bolestmi a s pokročilým zdravotním problémem. Vietnamský pacient má strach z nežádoucích účinků a návyku na léčivé přípravky.

Proto ani při nesnesitelných bolestech sám nepožádá o léky, z důvodu studu, např. při zvracení sami zvratky uklidí a pak teprve poví sestře. Při depresivních stavech se rodina snaží vždy nemocného přivést na jiné myšlenky, a vždy se ho bude snažit rozveselit humornými historkami (Mlýnková 2009, s. 33-35).

Vietnamci jsou velmi stydliví, hlavně ženy. Je proto vždy nutné zajistit soukromí na lékařskou prohlídku. Hodně pozornosti věnují Vietnamci těhotným ženám, musí být v teple, dodržují speciální hygienu (např. si čistí zuby slanou vodou), dbají na zdravá jídla a dostatek odpočinku, namáhavá činnost je pro ně nemyslitelná. Vietnamské ženy rodičky trpí tiše, ale to neznamená, že nemají bolesti. Vietnamci chodí na preventivní prohlídky jen, když jim to doporučí lékař nebo zdravotní sestra, kteří jsou pro ně autoritou a oni před nimi mají náležitý respekt (Kutnohorská 2013, s. 110).

2.7 Systém vietnamského zdravotnictví

Středoevropan by byl při návštěvě vietnamského zdravotnického zařízení zřejmě v šoku. Ošetřovatelství ve Vietnamu bylo z historického hlediska poznamenáno válkami. Pokud pomineme z našeho pohledu primitivní podmínky, velmi překvapující se jeví zejména neexistence zdravotnického personálu. V nemocnici je lékař, za jehož služby je třeba zaplatit, ale zejména jej předem uplatit hodnotným dárkem. Zdravotní sestry zde buď vůbec nenajdeme, nebo jich je oproti Česku minimální počet. V současné době je velmi těžké specifikovat role a funkce sestry. Vietnamská asociace sester popisuje funkce sester jako rovnostranný trojúhelník. Základnu tvoří ošetřovatelská péče, kterou poskytují sestry, jedna strana je popisována jako spolupráce s lékaři a druhá je charakterizována jako sestra poradkyně, která provádí osvětu v komunitě. V rámci odboru léčebné péče vietnamského ministerstva zdravotnictví byl v roce 1992 založen obor ošetřovatelství. Jejich úlohy se zde ujímá rodina. Společně s pacientem přichází do nemocnice někdo z příbuzných, kdo vykonává každodenní péči, a není výjimkou, že spí s nemocným v jediné posteli, zatímco ostatní členové rodiny jim přinášejí

jídlo a pití. Solidarita panující v zemi je obdivuhodná. Spontánně vznikají vzájemně se podporující skupiny, např. bývalí spolužáci, kteří zakládají společné finanční fondy určené na péči o členy rodiny. Příspěvky do těchto fondů jsou dobrovolné, jejich výše je však vysoce prestižní záležitostí. V praxi ti, kteří odešli do Evropy, přispívají více, ti kdo zůstali, se pak postarají osobně o jejich příbuzné. Ve Vietnamu nejsou striktní pravidla prodeje léků, které se prodávají bez lékařského předpisu (s výjimkou toxických preparátů, anestezie). Lidé se tak spoléhají na radu lékárníka. A i když zdravotnictví prošlo výraznými pozitivními změnami a rychlou transformací, stále přetrvává nedostatek nemocničních kapacit, lékařského a zdravotního personálu a země není soběstačná v dodávkách léků a zejména v oblasti zdravotnické techniky. I čeští výrobci se tak úspěšně prosazují na vietnamském trhu výrobků pro zdravotnická zařízení (Tóthová 2010, s. 37).

2.8 Specifické rysy a odlišnosti vietnamské národnosti

Vietnamci jsou národem dotyků a asi nejvíce odlišností spadá do neverbální komunikace. V přátelských vztazích jsou doteky a objímání mnohem častějším jevem než u nás. Na druhou stranu jsou ale Vietnamci vedeni k cudnosti a zdrženlivosti. Ve Vietnamu je nepřipustné, aby se milenecký pár vodil za ruku, či líbal na ulici. Je to pro ně věc, kterou si střeží a patří do soukromí. Stejně tak je nevhodné, aby se muž dotkl cizí ženy. Spory Vietnamci řeší v soukromí a beze svědků. Otevřená kritika jednotlivce na veřejnosti je zcela nepřipustná.

Vietnamci podávají vždy pravou ruku, a pokud chce Vietnamec projevit úctu při seznámení, stiskne podávanou ruku a na krátkou chvíli ji podrží v obou dlaních. Můžeme však podat i obě ruce. Pokud podáváme předmět, podáváme ho vždy oběma rukama, podání jen jednou rukou je nezdvorné. Ruce zkřížené na prsou značí rozčilení nebo pozastavení se nad nějakou skutečností. Noha přes nohu je projevem nadřazenosti. Dlouhý přímý pohled do očí může vyjadřovat příliš sebevědomé chování až urážku.

Lidé, kteří mají na levé ruce alespoň jeden dlouhý nehet, nemusejí fyzicky pracovat. Podle dlouhého nehtu můžeme poznat intelektuála či bohatého obchodníka. Pohlazení dítěte či dospělého jedince po vlasech je považováno za projev velké neúcty. Úsměv vyjadřuje kromě radosti a spokojenosti, též omluvu a pocit trapnosti. Úsměv může být spojen také se situací, kdy nám dotyčný nerozumí. Smrkání do kapesníku je považováno za směšné a neslušné.

2.8.1 Náboženství a kultura

Základem vietnamského náboženství jsou tři směry a to buddhismus, konfucianismus a taoismus. V současnosti se asi 60 % obyvatel Vietnamu hlásí právě k buddhismu. Podstatou náboženství je uvědomění si smyslu života a utrpení, které život přináší a ukončení tak neustálého koloběhu dosažením věčného klidu a osvobození. Buddhismus tvoří tři části, tzv. Tři klenoty: Buddha, Dharma a Sangha – učitel, učení a komunita učedníků. Buddhismus se rozšířil do světa a ovlivnil tak nejen vietnamskou kulturu a její tradice. Buddhistická centra jsou dnes nejen turistickou atrakcí, ale zejména plní své duchovní role. Buddhismus poskytuje propracovaný výklad světa, odpovědi na otázky a obrovskou kulturní tradici, konfucianství řešení praktického života a principy fungování ve společnosti.

Taoismus lidem dává návody ke svobodě a osobnímu vyjádření, prostor pro tajemné a nepochopitelné. Vietnamci věří, že duše zesnulého ani po smrti těla neztrácí zcela kontakt se světem. Proto snad ve všech vietnamských domácnostech lze nalézt „oltář předků“. Jedná se o vyzdobené poličky s obrázky, fotografiemi, vonnými tyčinkami. Vůně odhání nečisté síly a nesmí být sfouknuté (projev neúcty), ale zhasnuté mávnutím ruky. O oltář se tradičně stará nejstarší syn, který vede obřad a předkládá obětiny ve významných výročích a svátcích (Ičo 2010, s. 31).

2.8.2 Žebříček hodnot

Často se setkáme s výrazem, že Vietnamci jsou známí svou uzavřeností, to je však dáno tím, že velký důraz kladou na své soukromí. Neznamená to, že by se chtěli izolovat nebo stranit, ale rodinný kruh je pro ně známkou jistoty a bezpečí. V cizí zemi je blízká rodina to nejcennější. Pro Vietnamce je rodina silnou životní hodnotou. Rodinné vazby jsou velmi těsné a spjaté i se vzdáleným příbuzenstvím. Starším se musí projevovat úcta a autorita rodičů vůči dětem je výrazně silnější než je obvyklé v České republice. Jako svoji povinnost berou fakt postarat se ve stáří o svoje rodiče. Ve Vietnamu bychom jen těžko hledali domovy pro seniory. Tradicí také je, že hlavou rodiny je muž, otec, který rozhoduje o veškerém dění v rodině. V jeho nepřítomnosti přebírá tuto úlohu nejstarší syn. Pokud je třeba učinit závažné rozhodnutí v rámci zdravotní péče o některého člena rodiny, je třeba nejdříve vše konzultovat s hlavou rodiny a znát její názor. Na druhou stranu to ale však neznamená, že bychom nenašli vietnamské ženy v řídicích pozicích podniků, či v jiných vysokých funkcích (Klub Hanoi, 2008).

Další důležitou hodnotou je pro Vietnamce vzdělání. Jsou ochotni vydat veškeré našetřené peníze, aby alespoň jedno dítě v rodině mohlo studovat. Vietnamci chápou důležitost vzdělání jako cestu k dobrému zaměstnání a životu vůbec. Škola je tak pro vietnamské děti hlavním zaměstnáním a často mají mnohé děti po škole doučování. Snaha uspokojit nároky rodičů je dána tím, že školní úspěch je pro vietnamské dítě jednou z nejvyšších met.

Důležité vietnamské svátky a jejich oslavy znamenají pro Vietnamce dny pracovního volna – nejdůležitějším svátkem je oslava lunárního Nového roku, který připadá na konec ledna až začátek února. Povinností je vstoupit do nového roku řádně očištěn od sporů a dluhů, a také tělesně. Lidé houfně navštěvují holiče, ženy koupou děti, uklízejí celý dům, umývají nádobí, vyhazují nepotřebné věci. Součástí příprav na svátek je výzdoba domu, kanceláře i obchodu květinami. Novoročním stromkem je malá kvetoucí broskvoň, meruňka, či kumkvatový stromek obalený plody. Rodiny a příbuzní – i ti, co odešli z Vietnamu, se sjíždějí a scházejí, dávají si dárky, připravují pokrmy a uctívají zemřelé předky. Zajímavostí je, že ve Vietnamu se neslaví narozeniny. Třicátého dubna oslavují Den vítězství, druhého září Den práce a patnáctého srpna například Svátek dětí (Sedláková 2008, s. 26).

2.8.3 Strava – vietnamská kuchyně

Vietnamci dodržují zásady správné výživy, nepřejídají se, spíše nesolí. Nejdůležitější plodinou obyvatel Vietnamu je rýže, která se připravuje různými způsoby, a jedí ji s každým jídlem. Z rýžové mouky se vyrábí těstoviny, sladké dobroty, nudle zvané „pho“, rýžový papír, ale také víno, pálenka, škrob, ocet a dokonce olej. Kromě toho mají obyvatelé Vietnamu rádi listovou zeleninu, ovoce, ryby a drůbeží maso. Hojně pijí, hlavně teplé čaje a vlažnou vodu, zpravidla nepijí studené nápoje. Oproti nám požívají méně mléčných výrobků a jedí třikrát denně, oběd a večeře jsou hlavní jídla. Jedí celé rodiny pohromadě, pomalu a potravinám dle filozofie jin a jang přiřazují sílu tepla a chladu. Při stolování si dopřávají zábavu, chovají se hlučně. Ve Vietnamu se jí u stolu nebo vsedě na podlaze a jí se hůlkami ze společných talířů. Jako pochvala hostiteli a výraz uznání lahodnosti pokrmu je bráno hlasité mlaskání. Vietnamci jsou zvyklí nechat vždy malý kousek pokrmu, což neznačí, že by jim nechutnalo, ale je to jen důkaz sytosti. Na rozdíl od Evropy se můžeme setkat také se zpracováním masa ze psů, koček a hadím masem (Multi kultu 2009, s. 108).

Při poskytování ošetrovatelské péče je třeba brát ohled na odlišnosti týkající se stravovacích návyků, pokud to dané onemocnění umožňuje. Tento poznatek je také zahrnut ve standardním postupu vypracovaném FN Plzeň, kde se uvádí, že je možno stravu přizpůsobit a realizovat s nutričním terapeutem, dle zásad potřeby pacienta. Dále je také možno akceptovat za dodržení stanovených hygienický postupů i stravu přinesenou rodinou.

2.8.4 Jazyk a písmo

Jazyk a písmo jsou jednou z nejdůležitějších komunikačních cest, zároveň ale největší komunikační bariérou při ošetrování jiného etnika. Státním jazykem je ve Vietnamu vietnamština, kterou hovoří 88% obyvatelstva. Vietnamský jazyk je tzv. tonální, kdy se v něm rozlišuje 6 tónů, a zapisuje se latinkovým písmem za hojného využití diakritických znamének a tónovaných značek. Vietnamština je mateřským jazykem nejpočetnějšího etnika Viet. Ostatní etnika používají své vlastní jazyky, kromě toho mluví také vietnamsky. Vietnamština je od češtiny velice vzdálená a pro Vietnamce je velmi složité se český jazyk naučit. Vietnamština nezná tykání ani vykání. Dalším nečekaným úskalím bývá řeč těla a tzv. neverbální komunikace.

2.8.5 Pohled na stáří, umírání a smrt

Každá kultura i každé etnikum má svůj pohled na stáří a umírání jako takové. Ve Vietnamu právě synovská oddanost zahrnuje péči o nemocné a staré rodiče a to na úkor svého vlastního štěstí. Děti jsou povinny zajistit rodičům veškerou péči a pohodlí.

Umírání je konečnou fází života a je důležité, abychom – pokud pacient „odchází“ v nemocničním prostředí, mu dopřáli přípravu a rituály, které jsou důležité z hlediska jeho kultury. Vietnamci upřednostňují umírání doma v kruhu svých blízkých. Barvou smutku je bílá (Tóthová 2010, s. 125).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PEDIATRII

Pediatric je samostatný lékařský obor, zabývající se dítětem a dospívajícím ve zdraví i nemoci. Péči poskytuje dětem od narození do věku 19 let. Jako samostatný obor se pediatrie začala vyvíjet až na přelomu 19. století, do té doby, byla spojena péče o dětské pacienty s péčí dospělých. V současné době zahrnuje oblast preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační a sociální. Dítě je vnímáno jako souhrn jeho bio-psycho-sociálních charakteristik (Slezáková 2010, s. 9).

První dětská nemocnice v České republice vznikla v roce 1842 a první ošetrovatelská škola pro přípravu dětských sester kolem roku 1922 v Praze. Vznik profese dětské sestry má v tomto oboru nezastupitelné místo. Vzdělávání dětských sester prošlo již mnohými změnami. V roce 2006 skončilo studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách a kvalifikaci dětské sestry bylo tak možné získat jen ve specializačním vzdělávacím programu a navazujícím magisterském programu škol vysokých. Rok 2018 přináší opětovné otevření studia oboru Diplomovaná dětská sestra na vyšších odborných školách. Hlavním cílem této profese je podpora růstu a zdravého vývoje dítěte, snaha vytvářet optimální podmínky pro komunikaci mezi sestrou, rodinou a samotným dítětem, budování přátelského vztahu založeného na důvěře (Sikorová 2011, s. 27).

Existuje také takzvaná Charta hospitalizovaných dětí (viz Příloha č. 5), která vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association or the Welfare of Children in Hospital“ se sídlem v Londýně. Charta práv dětí v nemocnici byla schválena na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988, přihlásil se k ní i Český výbor pro UNICEF.

3.1 Rozdělení dětského věku

Dítě je v prvních letech svého života zcela závislé na dospělých. V nemoci i ve zdraví je bezbranným objektem láskyplné nebo naopak nedbalé péče přiměřených i nedostatečných znalostí své rodiny a okolí. Psychické funkce a motorika dítěte se od narození neustále vyvíjejí. Některé reflexy a mechanismy jsou vrozené, jiné se rozvíjejí v průběhu života v závislosti na stimulujičích vlivech okolního prostředí. Dokonalá znalost normálních projevů zdravého dítěte v jednotlivých oblastech může sestře i lékaři včas signalizovat podezření na rozvíjející se patologii a dát možnost léčebně

zasáhnout. Je proto velice důležité, aby každá dětská nebo všeobecná sestra pracující s dětmi znala rozdělení dětského věku.

Rozdělení dětského věku odpovídá zvláštnostem ve vývoji motorickém, mentálním, ale také v typu a průběhu onemocnění, která se v daném období vyskytují.

Novorozenecké období: od narození do 28 dnů života, první měsíc života, vytváření pevného vztahu mezi dítětem a matkou. Dítě velmi dobře rozezná výraz ve tváři, dítě má rádo intonaci, slovo, zpěv, který dítě uklidní. Toto období je provázáno vzájemným poznáváním ze strany rodiče i dítěte.

Kojenecké období: od 29 dne do 12 měsíce života, toto období můžeme také nazvat vývojovou revolucí. Vývojová psychologie tomuto období říká „univerzita kojeneckého věku“, důležitá je v během něho komunikace s dítětem

Batolečí období: od 1 -3 let, období postupného osamostatňování, zdokonaluje se pohyb a komunikace s okolím, při ošetrovatelské péči o batole je důležité nenapodobovat řeč batolete, mluvit zřetelně a nepoužívat zdrobněliny, všechny prováděné úkony komentovat a udržovat zájem dítěte např. pomocí říkanek.

Předškolní věk: od 3 do 6 let, na konci tohoto období je dítě schopno zaujmout přiměřenou roli v kolektivu a nastoupit do školky a školy.

Mladší školní věk: od 6 do 11 let, toto období má různou dobu trvání u jednotlivých dětí, je také odlišné mezi oběma pohlavími

Období dospívání: od 11 do 19 let, vývojový přechod mezi dětstvím a dospělostí, období dospívání je velmi dlouhé a rozmanité, dochází během něho k plné pohlavní zralosti a ukončení tělesného růstu (Sedlářová 2008, s. 22).

3.2 Ošetrovatelský proces v pediatrii

Poskytování ošetrovatelské péče dětem je podmíněno nejen dosažením odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné nebo dětské sestry, ale vyžaduje zejména i osobnostní vlastnosti i předpoklady jakými jsou například láska k dětem, obrovská míra trpělivosti, vytríbené pozorovací schopnosti, citlivost k dětskému trápení a bolesti, ale i předpoklady pro výchovnou práci s dětmi, estetické cítění, hudební a výtvarné schopnosti (Vacušková 2009, s. 14).

Dětská sestra by se měla zaměřit na prevenci před opakovaným výskytem zdravotních problémů, na prevenci před zhoršením zdravotního stavu, prevenci komplikací, a na pomoc a podporu v procesu adaptace při chronických onemocněních.

Na základě shromážděných údajů při posuzování stanoví ošetrovatelské diagnózy a plánování péče o nemocné dítě, nutné je tedy stanovení priorit podle potřeb dítěte, vytvoření výsledných kritérií, hodnocení, stanovení cílů a výběr ošetrovatelských intervencí.

3.3 Bolest u dítěte a její řešení

Bolest je u dětí často podceňována a ne vždy dostatečně tlumena. Děti si bolest pamatují, i když ji prožívají jiným způsobem nežli dospělí. Je proto důležité na to nezapomínat, reakce dětí na bolest bývá stejná bez ohledu na etnickou příslušnost. Kulturní vliv však může být základním faktorem, který u dětí vnímání bolesti ovlivňuje. Projevy i prožívání bolesti se liší samozřejmě podle věku a podle konkrétního onemocnění. Při posouzení míry bolesti používáme u dětí škálu bolesti. Pro vietnamskou komunitu platí, že mají práh bolesti posunutý a tlumení bolesti vyžadují, až když je bolest opravdu velká. O léky tlumící bolest většinou sami nepožádají a snaží se bolest zvládnout sami (Plevová 2011, s. 123-125).

3.3.1 Podávání léků dětem

Podávání léků dětem se liší od podávání léků dospělým. Léky je nutné podávat dítěti přesně a pokud možno ve spolupráci s rodiči. Nejčastějším způsobem podávání léků v pediatrii je podávání léků per os, tedy ústy. U malých dětí se podávají na lžičce, novorozencům a kojencům ze stříkačky nebo přes savičku. Velice často využívanou metodou u této kategorie dětí je podávání léků per rektum, konečníkem. Pro dítě je tento způsob podávání léku spolehlivý, bezbolestný a je zde zaručen rychlý začátek působení léku.

3.4 Potřeby hospitalizovaného dítěte

Hospitalizací se pro dítě všechno mění. Nemoc dítě velmi vyčerpává a všechny síly musí směřovat k jejímu překonání. Není tedy vhodné snažit se změnit jeho zvyky. Naopak bychom se měli snažit zachovat co nejvíce z toho, na co je zvyklé, aby se cítilo dobře (Brožíková 2014, s. 21).

Hospitalizace je strašák nejen pro dítě, ale i pro rodiče. Podle amerického psychologa A. H. Maslowa dělíme potřeby dle naléhavosti jejich plnění na nižší a vyšší. Toto dělení je nazýváno „Pyramidou potřeb“ a platí, že dokud není uspokojena potřeba nižší, nemůže jedinec uspokojovat potřeby vyšší. U dětí záleží na věku a vývoji. Nejdominantnější potřebou u dětí je bezesporu potřeba bezpečí, jistoty, lásky, přijetí a sounáležitosti (Sikorová 2011, s. 20).

Potřeby nemocného dítěte se prakticky neliší od potřeb zdravých dětí. Do popředí se dostává pocit ohrožení, především uspokojování potřeb psychických, ale pochopitelně i fyzických. Nemoc u dítěte výrazně redukuje množství přichozích podnětů, dítě je omezené v pohybu v důsledku své nemoci, je připoutáno na lůžko a je úkolem dětské sestry, případně herního terapeuta snažit se dítěti dát v rámci možností přiměřené množství kvalitních stimulů. Dítě má v nemocnici obavy, je vystrašené. Důležité je, aby sestra vždy vysvětlila každý postup výkonu nebo vyšetření a vždy, když je to možné, zajistit přítomnost rodiče (Šamánková a kol. 2011, s. 63).

U malých dětí je důležité neustálé ujišťování o lásce rodičů. U starších dětí je zase nutno překonávat strach z přerušení kontaktů se svými kamarády a vrstevníky. Hru je možné použít u malých dětí jako nástroj, aby děti lépe pochopily, co se děje kolem nich a aby se vyrovnaly se svou nemocí a pochopily nutnost hospitalizace (Valenta a kol., 2008, s. 171).

„Připomeňme si, že pro malé dítě platí, že se učí přemáhat strach u mámy v náručí. Ne že je jako skleníkovou květinou chráníme před jakýmkoliv strachem, ale že se staráme, aby strach prožívalo s jistotou v zádech, tj. v prostředí, kde se cítí v bezpečí. Jen tak se totiž naučí strach překonávat bez hrůzy a zoufalství a újmy na duševním zdraví.“ (Zdeněk Matějček, Psychologické eseje, 2004).

3.5 Zásady komunikace s dětským pacientem

Nemoc sama o sobě nevytváří nové zvláštní vlastnosti člověka, ale může mu připravit náročnější životní situaci. Tato nová životní situace přináší zvýšené nároky na přizpůsobení a v důsledku toho i určitá specifická nebezpečí pro psychický vývoj dítěte. To podstatné při onemocnění dítěte, je porozumění jeho životní situaci. Zachází-li se s dítětem přiměřeně vzhledem k jeho potřebám a možnostem, bude se i vážně nemocné dítě vyvíjet dobře a zdravě (Matějček, 2001, s. 7,8).

Komunikace s dětským pacientem je velmi specifická a je nutno si uvědomit, že máme i nemalou skupinu dětí s různým vrozeným i získaným handicapem, ať už jsou to děti nedonošené, děti s vrozenými vadami, tělesně, mentálně, sluchově a zrakově postižené děti, děti s nevléčitelným onemocněním, onkologicky nemocné, a je ještě celá kategorií řada jak bychom si mohly děti dále rozdělit. U každé této skupiny je ošetrovatelská péče ještě mnohem specifičtější a i pro rodinu je zvládnutí péče o takové dítě velice náročné. Nicméně právě tyto děti jsou jednou ze skupin, která tvoří zejména naše pacienty, ať už v odborných poradnách, či právě na našich lůžkových odděleních.

Důležité je pro zdravotníky především to, aby s námi dítě spolupracovalo, a k tomu je zapotřebí efektivní komunikace ze stran dětských sester i lékařů. Ze strany zdravotnického personálu to vyžaduje jistou dávku trpělivosti, lidskosti, upřímnosti, empatie a schopnosti naslouchat druhým. Při komunikaci s nemocným dítětem platí více kdy jindy, že je třeba naslouchat nejen uchem a zrakem, ale i srdcem (Plevová, Slowik 2010, s. 53).

Dětská sestra má být pacientovi nejen ošetrovatelem, ale i kamarádem či přítelem. Dítě mnohdy reaguje na její klid, rozvahu a ochotu. Nikdy dítěti nelžeme, abychom neztratili jeho důvěru. Záleží na věku a také na samotném druhu onemocnění. Jiná situace nastává při akutním onemocnění, při chronickém, a ještě rozdílný bude přístup při závažném či nevléčitelném onemocnění. Proto nelze říci přesný návod, každé dítě je individualita, každé onemocnění je svým způsobem specifické, a protože jsme lidé různí, i my jako zdravotníci jsme rozliční.

Komunikace s dětským pacientem má určité zásady, kterými bychom se měli řídit, aby byla z naší strany komunikace co nejefektivnější. Důležitostí je verbální komunikace, ale ještě důležitější je komunikace neverbální. Pro příklad uvádím zásady verbální i neverbální komunikace.

Zásady pro verbální komunikaci s dětským pacientem: umět naslouchat, používat jednoduché a srozumitelné věty, vysvětlovat pomalu a trpělivě reagovat na otázky, nekritizovat, nepoučovat a nelitovat dítě, nezlehčovat otázky a dítěti se nesmát. V komunikaci se orientovat nejdříve na dítě, až potom na rodiče nebo zákonného zástupce. Používat vhodné oslovení (to zjistíme od rodičů), zvolit správný tón hlasu – klidný a vlídný.

Zásady pro neverbální komunikaci s dětským pacientem: komunikovat s dítětem ve stejné výškové úrovni (sestra si může dřepnout nebo se s dítětem posadit). Velice důležité je udržovat oční kontakt, všimnout si gest dítěte. Dále volit vhodné oblečení, roli hraje i úprava prostředí – obrázky, hračky, barvy, využití hraček, panenek, maňásků.

3.5.1 Hra a trávení volného času

Hra je přirozenou činností všech dětí. Rozvíjí fantazii, schopnost soustředění, trpělivost, pěstuje motorické dovednosti. V nemocnici odpoutává pozornost od bolesti a navozuje pocit radosti. Pokud chceme hospitalizované dítě zabavit a zapojit do nějaké činnosti, musíme ho nějak motivovat. Ať už samotným bezprostředním prožitkem, či materiální odměnou. Měli bychom dítěti stanovovat cíle krátkodobé, ale hlavně dosažitelné (Brožíková 2014, s. 26, s. 30).

PRAKTICKÁ ČÁST

Se stále se zvyšujícími nároky na zdravotníky, stoupá i potřeba vzdělávat se v multikulturním ošetřovatelství. Je do budoucna důležité, abychom se zajímali o etnické skupiny, které žijí spolu s námi v naší zemi.

4 HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou dětské i všeobecné sestry připravené poskytovat kulturně adekvátní péči dětskému pacientovi vietnamské komunity.

4.1 Dílčí cíle

Zmapovat nejčastější problémy, se kterými se můžeme jako sestry setkat při ošetřování dětských pacientů vietnamské komunity

1. Zjistit, zda sestry dokážou přizpůsobit ošetřovatelskou péči dítěti jiného etnika s odlišnými kulturními zvyklostmi
2. Získat informace o pravidlech komunikace s dítětem vietnamské komunity a s jeho rodinou
3. Zjistit, zda by se chtěl zdravotnický personál vzdělávat v oblasti multikulturního ošetřovatelství

5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Jak je patrné z předchozího textu, zasahuje problematika migrace, etnických menšin a multikulturality do všech oblastí našeho života, včetně zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že jsem povoláním dětská sestra, zajímalo mne, jak ostatní sestry vnímají děti jiného etnika a to konkrétně děti vietnamské.

V úvodu je třeba nastínit obraz vzdělávání dnešní sestry. Po revoluci prošlo (a stále prochází) české zdravotnické školství významnými změnami, včetně změn v učebních plánech. Multikulturní ošetřovatelství již patří mezi běžné a také povinně vyučované obory ošetřovatelství. Sestry by tedy již měly být na kontakt s pacienty jiného etnika připraveny.

V této souvislosti je třeba připomenout Etický kodex sester vydaný v roce 1953 Mezinárodní organizací sester a v České republice platný od března roku 2003. Tento dokument mimo jiné zdůrazňuje, že sestra poskytuje péči s ohledem na pacientovu kulturu a náboženství. I z této stručné charakteristiky je patrné, že jsou na sestru kladeny čím dál větší nároky. V současné době už to nejsou jen znalosti odborné, které musí sestra ovládat, ale i vzdělání v oblasti společenských věd, včetně komunikace a etiky, je zdůrazňováno stále častěji.

Hlavním cílem mého výzkumného šetření bylo popsat zkušenosti dětských sester s ošetřováním dětí vietnamského etnika. Těžiště svého výzkumu bych shrnula do těchto základních bodů:

1. Ví sestry jak komunikovat s vietnamským dítětem a jeho rodinou?
2. Využívají se v praxi ke zlepšení komunikace s cizinci nějaké pomůcky?
3. Je zájem ze stran zdravotníků o multikulturní ošetřovatelství?
4. Jaká jsou specifika při ošetřování dětského pacienta vietnamské komunity?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svoji výzkumnou část, jsem si vybrala všeobecné a dětské sestry pracující na dětských odděleních a dětských ambulancích dětské kliniky Fakultní nemocnice Plzeň. Na základě toho jsem podala žádost o možnost provedení tohoto výzkumu FN Plzeň. Povolení k uskutečnění tohoto výzkumného šetření je součástí příloh. (viz Příloha č. 5)

Všechny dotazované respondentky se při své profesi starají výhradně o dětské pacienty, mezi nimi právě i o dětské pacienty vietnamské komunity. Aby bylo možné nějak porovnat zkušenosti a znalosti, zvolila jsem všeobecné a dětské sestry se středoškolským a vyšším odborným vzděláním a s různou délkou odpracovaných let.

Sestry souhlasily s použitím našich rozhovorů v mé bakalářské práci. Byly ujištěné o zachování anonymity a na základě toho jsem s nimi sepsala dohodu, která je součástí příloh (viz Příloha č. 6).

Základní informace o vzorku sester:

SESTRA	PRACOVÍŠTĚ	DÉLKA PRAXE	VZDĚLÁNÍ
D	DĚTSKÉ ODDĚLENÍ	29 LET	SZŠ: Dětská sestra
L	AMBULANCE DK	42 LET	SZŠ: Dětská sestra
J	DĚTSKÉ ODDĚLENÍ	9 LET	VOŠZ: Diplomovaná sestra
R	AMBULANCE DK	35 LET	VOŠZ: Diplomovaná sestra

7 METODIKA PRÁCE

Jako metodu získávání informací pro svoji bakalářskou práci, jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, vzhledem k tomu, že lépe vyhovuje zkoumanému tématu. Se sestrami pracujícími na dětských ambulancích a dětských lůžkových stanicích jsem prováděla rozhovory. Rozhovory jsem zvolila polostrukturované a otázky jsem se snažila klást otevřené. Předem jsem si je připravila, někdy však bylo na místě je pozměnit, případně rozvést dle aktuální situace. Zjišťovala jsem osobní názory sester, zkušenosti a profesionální postřehy, získané během jejich profesní kariéry. Mým cílem bylo zmapovat největší problémy a případné podněty pro zkvalitnění ošetrovatelské péče právě o dětské pacienty vietnamské komunity.

Rozhovory probíhaly v měsíci leden a únor roku 2019. Odpovědi jsem si s dovolením a souhlasem respondentek písemně zaznamenávala a následně přepisovala.

8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

8.1 Rozhovor č. 1

Mojí první respondentkou je žena středního věku. Na otázky odpovídala nenuceně a bez zábran.

Ráda bych se Vás zeptala, jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Ve zdravotnictví již pracuji 29 let, vlastně od doby mého ukončeného vzdělání na střední zdravotnické škole v oboru dětská sestra. Vždy jsem měla jasnou představu o tom, že chci pracovat s dětmi.“

S dětmi tedy máte bohaté zkušenosti, mne by zajímalo, jaké jsou Vaše zkušenosti s dětským pacientem vietnamského etnika?

„No, musím říci, že s malými dětmi, od těch tří do šesti let a hlavně s rodiči je komunikace horší. Je tu velkým problémem jazyková bariéra. Co se týče dětí, které navštěvují školu, je komunikace lepší, protože většina vietnamských dětí navštěvujících školu mluví dobře česky. Jsou tak často v komunikaci prostředníkem mezi námi jako zdravotníkem a rodiči samotného dětského pacienta.“

A to byla právě moje další otázka na Vás. Jak již jste řekla, při ošetřování starších dětí jsou Vám tlumočnickem právě ony samotné. Zajímá mne jak je to, ale v případě malých dětí a rodičů, kteří česky vůbec neumějí a nerozumějí nám?

„Máme zkušenosti, že rodiče v dnešní době mají tlumočnicka již s sebou, tlumočnickem bývá i starší sourozenec, či jiný příbuzný. Někdy komunikujeme prostřednictvím mobilního telefonu, kdy jsou ve spojení s někým, kdo rozumí česky a je tak společným překladatelem mezi námi zdravotníky a rodinou nemocného dítěte.“

Můžete mi popsat problémy, pokud nějaké jsou, se kterými se setkáváte při ošetřování dětí vietnamského etnika, vyjma jazykové bariéry?

„No, určitě jsou to odlišné stravovací návyky. Často rodina žádá, aby mohla dítěti přinášet stravu, na kterou je zvyklé. Pokud tedy není nutná nějaká speciální dietní strava, ohledně probíhajícího onemocnění. Dle platných standardů naší nemocnice, je možné při dodržení hygienických předpisů, tuto stravu dětem přinášet.“

Máte nějaké pomůcky při komunikaci? Používáte je v praxi? Jaké a jak je v praxi využíváte?

„My nemáme a nepoužíváme žádné pomůcky.“

A co komunikační karty, piktogramy nebo speciální tablet, který je ve Vaší nemocnici k dispozici?

„Ano o těchto pomůckách vím, že tu jsou k dispozici, ale ve své praxi jsem je zatím nevyužívala.“

Máte pocit, že by zdravotnický personál měl zájem se v oblasti multikultury vzdělávat?

„Mohu mluvit jen za sebe, ale jakékoli další vzdělávání je určitě přínosné, ovšem vzhledem k situaci, která v dnešním zdravotnictví je, myslím tím nedostatek personálu a služby nad rámec. Tak mám pocit, že jakákoliv další, byť i zajímavá vzdělávací akce v době našeho volna, je nežádoucí.“

S jakými onemocněními jsou vietnamské děti nejčastěji hospitalizované a v jakém věku?

„To lze takhle těžko říci, ale vzhledem k tomu, že jsme krajská nemocnice, tak se k nám soustřeďují pacienti, kteří navštěvují naše specializované pracoviště. Ale asi nejčastěji děti s nefrotickým syndromem, opakovaně. To bývají děti školního věku, malé děti s respiračními onemocněními. Nemyslím si, že je to nějak možno specifikovat oproti českým dětem. Určitě bychom těžko hledali dětského pacienta vietnamské komunity hospitalizovaného kvůli obezitě, i když neříkám, že do budoucna i to nebude běžné. Ale vesměs vietnamská komunita netrpí obezitou.“

Jak vnímáte odlišnost ve výchově vietnamských dětí v rodině, a v čem se podle Vás liší od chování dětí majority?

„Tak to bych řekla, že určité odlišnosti jsou. Zejména v chování k rodičům a dospělým vůbec. Větší respekt, úcta, celkově slušnost. Oproti našim českým dětem určitě jiný přístup k povinnostem, vzdělání. Otázkou je, zda nepřevzou časem model naší majoritní společnosti“

Jak vietnamské dítě navazuje nejčastěji kamarádké vztahy se spolupacienty? Nebo máte pocit, že je raději samotářské a nesnaží se navazovat kontakt s ostatními nemocnými dětmi?

„Dle mých zkušeností, malé dítě si na herně jde hrát s kýmkoli a nemá problém ani s vietnamským dítětem. To jsou spíš předsudky rodičů. A starší dítě moc nenavazuje spontánně kamarádké vztahy, vystačí si samo. Spíše čeká na návštěvy své rodiny, své komunity, ale jinak si myslím, že ve známém prostředí, jako je škola navazují kamarádké vztahy úplně bez problémů.“

Děkuji Vám za Vás čas a za milé povídání s Vámi.

8.2 Rozhovor č. 2

Mým druhým respondentem je sestra, která svůj dlouhý profesní život zasvětila dětem.

Péče o děti je jejím životem, nejdříve se její ošetrovatelská péče směřovala na novorozence. Pracovala na neonatologii a nyní již několik let rozšířila svoji ošetrovatelskou péči o děti v celém jejím rozsahu, tedy od narození do devatenácti let. Sestra je velmi komunikativní, což jistě malí i mladí pacienti ocení.

Ráda bych se Vás zeptala, jak dlouho jste ve Vaší profesi a jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Profesi sestry se věnuji již celých 35 let a mám vystudovanou střední zdravotní školu, a v pozdějším věku jsem si doplnila vyšší vzdělání na vyšší odborné škole, obor Diplomovaná všeobecná sestra.“

Máte jistě bohaté zkušenosti s dětskými pacienty, já bych se Vás dnes ale ráda zeptala, jaké máte zkušenosti s dětmi vietnamského etnika jako s pacienty?

„No, vietnamské dítě je čas od času naším pacientem, nemůžu říci, zda každý den, některý den ošetříme i vícero vietnamských dětí, opravdu je to různé. A zkušenosti jsou také různé. Největším problémem s odlišným etnikem je vždy jazyková bariéra. Když rodina nebo rodiče znají řeč a rozumí, je to polovina úspěchu.“

Jinak co se vietnamských dětí týče, jsou velmi vychované a milé. Na rozdíl od některých českých dětiček.“

Jak tedy probíhá samotná komunikace s rodiči?

„No já vím, že je dobré nedívat se rodičům přímo do očí, vnímají to jako nezdvořilé a nepříjemné. Komunikace probíhá většinou přes tlumočnicka nebo někoho z rodiny, kdo rozumí nebo umí česky, většinou si někoho přivedou s sebou, tak to je vždycky dobrý, usnadňuje to naši práci. Hodně může pomoci názorná ukázka, nohy, ruce a tak.“

Považujete tedy za největší problém v komunikaci jazykovou bariéru, znáte ještě nějaké odlišnosti, které se v péči o dítě vietnamského etnika mohou vyskytnout?

„No určitě je nejdůležitější jestli rozumí česky, jinak nevím, nic jiného mě nenapadá.“

A co nějaké pomůcky ke komunikaci, máte nějaké? Používáte je v praxi? Jaké a jak je v praxi využíváte?

„Určitě nějaké pomůcky máme, podle mne je to hlavně lidský přístup, trpělivost a laskavost. Snažím se je v praxi používat stále všechny uvedené a to nejen s pacienty odlišného etnika. Podle mě je to hodně důležitý.“

Děkuji za zajímavou a jistě přínosnou odpověď. Máte pocit, že by zdravotnický personál měl zájem vzdělávat se v oblasti multikulturního ošetřovatelství.?

„Tak na to já neumím jednoznačně odpovědět. Sama jsem jednou byla přihlášená na kurz základů vietnamštiny, bohužel se nakonec nekonal. Vietnamsky už se asi nenaučím a cizinců, kteří jsou čas od času našimi pacienty, je hodně. Takže znát všechny jazyky nejde. Proto se snažím používat alespoň to, co jsem uváděla v předchozí otázce. A nakonec se vždycky nějak domluvíme a ošetříme naše malé pacienty, jak nám nejlépe dnešní medicína a náš přístup umožňuje.“

**Vnímáte rozdílnost ve výchově vietnamských dětí, a pokud ano, jak?
V čem se podle Vás liší od výchovy a chování dětí majority,**

„Ano, to jsem říkala už na začátku našeho rozhovoru, děti jsou oproti našim určitě vedeny k větší poslušnosti, zodpovědnosti, svědomitosti a úctě ke straším. To bychom se od nich mohli učit.“

Ještě jsem se chtěla zeptat, s jakými onemocněními vietnamské děti nejčastěji navštěvují Vaše zařízení?

„Neřekla bych, že můžu říct nějaká konkrétní onemocnění. Řekla bych, že je to individuální. Snažím se jen vzpomenout, že si třeba nepamatuju ošetřování vietnamského dítěte s intoxikací, ať už je to alkohol, léky. A to všechno je asi spojené s jinou výchovou a harmonií rodin. Kterou postrádáme u těch našich. Rozvedené rodiče, střídavá péče a děti mezi tím, hodně problémů i zdravotních.“

Naposledy bych se Vás ještě zeptala, jak podle Vás navazují vietnamské děti kontakt se spolupacienty?

„Děti co chodí tady do české školy, podle mně dobře, ale asi spíš ve známém prostředí. V nemocnici v neznámém prostředí a hlavně dítě má strach, bolesti, je samo. Tak to asi nemá zrovna náladu navazovat kamarádské vztahy. Jinak ve školách s tím asi problém nemají.“

Děkuji Vám za příjemné povídání a přeji mnoho úspěchů v další péči o dětské pacienty.

8.3 Rozhovor č. 3

Třetí respondentkou je mladá maminka, která pracuje na částečný úvazek a má profesní zkušenosti ze své praxe se všemi věkovými kategoriemi

I Vás bych se ráda zeptala, jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„Moje dosažené vzdělání je diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole zdravotnické a v oboru pracuji zhruba devět let.“

Mohla byste mi říci, jaké jsou Vaše zkušenosti s dětmi vietnamského etnika a vůbec jak často se při své profesi setkáváte s ošetřováním dítěte jiného etnika?

„No, moje zkušenosti jsou takové, že tak jednou za měsíc u nás na oddělení máme dětského pacienta vietnamské komunity, častěji děti romské, občas ukrajinské či slovenské národnosti. A s dětmi vietnamské komunity je to někdy složitější. Oni málo kdy projeví nesouhlas, pořád se usmívají, hlavně rodiče. Přikyvují, že všemu co jim říkáme, rozumí. Ale bohužel v zápatí se přesvědčíme, že nerozuměli. Často po nich radši chceme, aby nám názorně ukázali, co jsme jim říkali nebo vysvětlovali. Jenom tak si můžeme být jisti, že nás pochopili a rozumí tomu, co jsme jim říkali. Například že nesmí odcházet od otevřené postýlky, aby dítě nevypadlo. Matka vše odsouhlasí, my se otočíme a vidíme, že matka odchází od otevřené postýlky. Jo teď si ještě vybavuju, že už se mi vícekrát stalo, že vietnamské dítě chtělo nechat v pozdních večerních hodinách na pokoji rozsvícené světlo. Když jsem zhasla, stejně si opět rozsvítilo a prosilo mne, ať nechám světlo svítit. To ovšem nemusí nijak souviset s vietnamskou komunitou.“

Máte nějaké pomůcky při komunikaci? Používáte je v praxi? Případně jaké a jak?

„Tak pomůcky jako takový určitě máme, znám komunikační karty, piktogramy a vím také, že v naší nemocnici je dostupný speciální tablet s tlumočnickem na centrálním příjmu. Ale v praxi jsem se nesešla s používáním prakticky žádné z nich. Co mi přijde zajímavé, je že s většinou cizinců jsme schopni se domluvit jinou řečí. Většinou anglicky. Ale Vietnamci anglicky neumí, ti mladí, co studují už teda asi jo.“

Máte pocit, že by zdravotnický personál měl zájem se v oblasti multikulturního ošetřovatelství vzdělávat?

„Bohužel nemám pocit, že by se zdravotnický personál chtěl v této oblasti vzdělávat. A ani si neumím představit, co by z toho mělo vliv na samotnou péči o tyto pacienty.“

Jak podle Vás vietnamské dítě navazuje kamarádské vztahy se spolupacienty?

„Podle mých zkušeností se moc nekámoší, nerozumí si, ale záleží určitě na věku a typu onemocnění. Asi je to hodně individuální.“

V jakých ohledech vyžadují specifickou péči rodiče vietnamských dětí?

„Napadá mě asi jenom jídlo. Některý rodiče pokud to nemoc dovoluje, tak přináší jejich jídlo dítěti. Na co si dávám pozor je, že nehladím děti po hlavě, po vlasech, na to má ve vietnamské komunitě nárok pouze rodič nebo rodinný příslušník. Co mě připadá zajímavé je, že i když rodič a dítě komunikují česky, v situacích, kdy je třeba dítě uklidnit, začnou komunikovat ve vietnamštině.“

Vnímáte rozdílnost ve výchově vietnamských dětí? V čem se podle Vás liší od výchovy a chování dětí majority.

„Rozdíl vnímám zejména v celkové poslušnosti, neviděla jsem vzdorující vietnamské dítě. Důležité je pro ně vzdělání, rodina. Celkově z vietnamské komunity vyznačuje, klid, rozvaha, nikam nespěchají.“

Děkuji Vám za Váš čas a přeji hodně úspěchů v další práci s dětskými pacienty.

8.4 Rozhovor č. 4

Čtvrtou respondentkou je sestra, která celou svou profesní kariéru zasvětila dětským pacientům. Ať již nejdéle na lůžkové části jednotky intenzivní resuscitační péče, či nyní na ambulanci.

Ráda bych se Vás zeptala, jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a jaké je Vaše dosažené vzdělání?

„No to se ani neptejte, už to bude celých 42 let. V době kdy jsem já studovala, bylo možné vystudovat pouze střední zdravotnickou školu a nyní se už nechystám cokoli studovat.“

Mohla byste mi říci, jaké jsou Vaše zkušenosti s dětmi vietnamského etnika a vůbec jak často se při své profesi setkáváte s ošetřováním dítěte jiného etnika?

„No, tak poslední roky patří i děti Vietnamců určitě často mezi naše malé i větší pacienty. Se školními dětmi je velice dobrá domluva, protože tím, že chodí do českých škol, mluví krásně česky a oproti českým dětem jsou poslušné, milé a většinou usměvavé. Jak jsou ale děti jinak vychovávané než naše děti, většinou jsou zvyklé na nic si nestěžovat,

a tak často vidáme, že děti se se svými problémy nesvěří a pak je jejich zdravotní problém již v pokročilém stavu. Často třeba problém s vyprazdňováním, když mají bolesti, neřeknou. Ano malé dítě pláče a neřekne, co ho bolí a větší vietnamské děti neřeknou také, říká se, že mají posunutý práh bolesti, tak nevím.“

Kdo nejčastěji navštěvuje vietnamské dítě v rámci hospitalizace?

„No to lze těžko říci, ale ve většině případů s nemocnými vietnamskými dětmi přicházejí ženy, jen občas s nimi přichází mladý Vietnamec jako tlumočnick.“

Máte nějaké pomůcky při komunikaci? Používáte je v praxi? Případně jaké a jak?

„Určitě v naší nemocnici jsou komunikační karty, ale v praxi se přiznám, je nepoužíváme. Když nemáme v ordinaci nikoho, kdo by mohl být tlumočnickem, tak mají rodiče někoho na mobilním telefonu, kdo je schopen být překladatelem. Někdy stačí ruce, nohy...“

Máte pocit, že by zdravotnický personál měl zájem se v oblasti multikulturního ošetřovatelství vzdělávat?

„Nevím, jestli by byl zájem o nějaké vzdělávání v tomhle směru. A hlavně si neumím představit, co by mohlo být předmětem tohoto vzdělávání, aby nám pomohlo v praxi, při ošetřování dětí vietnamského etnika.“

V jakých ohledech vyžadují specifickou péči rodiče vietnamských dětí?

„Tak to nevím, snad vlastní strava.“

Vnímáte rozdílnost ve výchově vietnamských dětí? V čem se podle Vás liší od výchovy a chování dětí majority.

„Ano myslím, že vietnamské děti mají jiný vztah k rodině jako takové, jsou vedeni k úctě ke stáří. Určitě i vtať ke studiu je jiný, větší tíživost.“

Moc děkuji za Vaše odpovědi a přeji mnoho úspěšné komunikace s pacienty jiného etnika.

9 ANALÝZA DAT – ZJIŠTĚNÍ

Ke svému výzkumnému šetření jsem využila čtyři respondentky, které se ve své profesi věnují ošetrovatelské péči dětských pacientů. Z toho dvě respondentky mají středoškolské vzdělání a dvě dotázané jsou s vyšším zdravotnickým vzděláním. Rozdílná je i délka odpracovaných let v profesi dětské nebo všeobecné sestry.

9.1 Komunikace jako problém

Komunikaci jako problém uvádí všechny sestry. Ošetřovat vietnamského pacienta, který ovládá český jazyk nebo mít po ruce tlumočnicka, je pro ně velkým usnadněním. Co se týká samotné komunikace s dítětem, nevidí v něm sestry problém, vzhledem k tomu, že školní vietnamské děti už většinou ovládají češtinu. *„Co se týče dětí, které navštěvují školu, je komunikace lepší, protože většina vietnamských dětí navštěvujících školu, již mluví dobře česky.“* (rozhovor č. 1)

Proto také prvním společným tématem, ke kterému se vyjádřily všechny sestry, byla komunikace s dětmi a rodiči vietnamského etnika. *„Největším problémem s odlišným etnikem je vždy jazyková bariéra.“* (rozhovor č. 2) Vietnamština je pro nás nesrozumitelná, takže jedinou možností, jak se domluvit s vietnamským pacientem je buď umět vietnamsky, o což se i některé sestry snaží: *„... již jednou jsem byla přihlášená na kurz základů vietnamštiny...“* (rozhovor č. 2), nebo použít některý světový jazyk. Bohužel Vietnamci většinou jiný jazyk než vietnamštinu neovládají.

Ve vietnamské komunitě stále přetrvává instituce tlumočnicků nebo tzv. „zástupců“, která má kořeny v dobách socialismu, kdy k nám přijížděli občané Vietnamu studovat nebo získat praxi v některých, většinou technických, oborech. Na tyto lidi čekal často již na letišti tento „zástupce“, který kromě toho, že překládal, tak i za skupinu jednal např. na úřadech, ale i v obchodě. Nevýhodu tohoto zprostředkovaného kontaktu můžeme vidět v tom, že se sestra musí spoléhat výhradně na tohoto prostředníka a nemá většinou další možnost jak si ověřit, zda jsou informace zprostředkovány úplně, správně a v přijatelné formě.

V nemocnici bývají k dispozici i pomůcky, které by měly komunikaci usnadnit např. komunikační karty, piktogramy, tablet. Sestry na dětských odděleních o nich moc neví, případně ví, ale v praxi je používají minimálně. Poměrně často jsou naopak využívány při instruování ženy na porodním sále, není-li přítomen tlumočnick.

9.2 Specifika při ošetřování vietnamských dětí

V této souvislosti je třeba připomenout, že strava ve Vietnamu je značně odlišná od naší. Vietnamcům proto může trvat řadu měsíců, než si na naši stravu zvyknou (pokud se o to vůbec pokoušejí). Některá jídla, jako je například mléko a sýr nejsou zvyklí jíst vůbec, protože jim působí zažívací potíže. I to je důvod, proč je třeba přání v tomto směru respektovat. Jak vyplývá z rozhovorů, Vietnamci většinou nevyžadují po nemocnici, aby stravu upravila dle jejich požadavků, ale zařizují si dodávání „své stravy“ rodinnými příslušníky. Nicméně například standard fakultní nemocnice umožňuje po domluvě s nutriční terapeutkou sestavit jídelníček dle vlastních požadavků z běžně dostupných surovin.

Dalším specifikem je zachování intimity, Vietnamci jsou hodně stydliví, což je velmi důležité u dospívající věkové skupiny.

Typické pro vietnamskou komunitu bývá, že ani sami rodiče pro své dítě nepožádají například o léky na bolest. Mají obavy z vedlejších účinků, a tak je úkolem sestry na vše se vyptávat. Stejně tak je to například i s vyprazdňováním, musíme se ptát. Jinak i když vietnamské dítě bude mít již delší dobu problém s vyprazdňováním, o pomoc samo nepožádá. Samozřejmě to je v případě starších dětí školního věku, u mladších vše musíme řešit přes rodiče, nejčastěji matku a neustále se na vše vyptávat. Zajímavostí z odpovědi jedné z respondentek bylo, že už se jí během ošetřování vietnamského dítěte opakovaně stalo, že dítě chce mít večer dlouho rozsvíceno. *„Když jsem dítěti po domluvě zhasla světlo, vzápětí jsem zjistila, že si opět rozsvítilo a žádalo mne, abych nezhasínala.“* (rozhovor č. 3)

9.3 Vzdělávání

Při nabídce vzdělávání sestry často zmiňují vzdělávání jako důležité, ale zdůrazňují, že v souvislosti s přetížením zdravotnického personálu asi není realizovatelné. Že v praxi chybí spousta sester je jev širokou veřejností známý a přilákat nové adepty do ošetrovatelské praxe není úplně jednoduché. Důvodem může být i samozřejmě velký tlak na vzdělávání sester vůbec, a samozřejmě i fakt velkého zatížení sester nejen samotnou ošetrovatelskou péčí, ale i čím dál více rozsáhlou administrativou.

Dalším zajímavým momentem, který můžeme vypořádat je, že sestry vzdělání neodmítají, nepovažují ho však důležité pro sebe jako spíše „pro ty druhé“.

Myslím, že si uvědomují, že je takové vzdělání vhodné a nutné, ale nechťejí na sebe převzít odpovědnost za jednání s menšinami. Dalším důvodem, proč sestry vzdělání spíše odmítají, může být i to, že neví co je jeho obsahem.

„Bohužel nemám pocit, že by se zdravotnický personál chtěl v této oblasti vzdělávat. A ani si neumím představit, že by z toho něco mělo vliv na samotnou péči o tyto pacienty.“ (rozhovor č. 3)

„Hlavně si neumím představit, co by mohlo být předmětem tohoto vzdělávání, aby nám pomohlo v praxi při ošetřování dětí vietnamského etnika.“ (rozhovor č. 4)

Naštěstí dnešní doba i program vzdělávání sester již má ve svých osnovách výuku multikulturního ošetřovatelství a tak všichni, kteří v posledních letech přicházejí do praxe, by již problém ošetřování dětí jiného etnika neměl nijak překvapit.

U zdravotnického personálu, který tuto výuku ve svém vzdělání neměl a nehodlá se sám nějak v tomhle směru vzdělávat, jsou samotným pomocníkem léta praxe a častá zkušenost s ošetřováním dětí vietnamské komunity.

9.4 Používání komunikačních pomůcek

To že, máme komunikační pomůcky, ví všechny čtyři respondentky, o speciálním tabletu, který je možno využít v rámci ošetřovatelské péče ve fakultní nemocnici, věděla polovina dotázaných. Jedna z dotázaných udávala, že použití tabletu viděla u své kolegyně, sama ho v praxi ještě nevyužila. O komunikačních kartách věděly prakticky všechny, a pro mne bylo překvapením, že zde – kromě klasických karet, mají možnost využívat i vlastní speciální anamnestické a jazykové komunikační karty, vydané Odborem sociálních služeb Magistrátu města Plzně v červenci roku 2011, jejich vydání a grafické zpracování bylo financováno samotným městem a využití bylo směřováno nejen pro samotnou nemocnici, praktické lékaře, ale zejména také pro rychlou záchrannou službu Plzeňského kraje.

Podle sdělení jedné dotazované není ani tak největším problémem jazyková bariéra, má za to, že pokud budeme všichni při své profesi používat lidský přístup, trpělivost a laskavost, vždy to povede ke zdárnému vyřešení situace, vždy najdeme nějakou cestu a hlavně způsob jak nejlépe a nejrychleji pomoci nemocnému dítěti. Jak sama respondentka udává, snaží se o to celou dobu své ošetřovatelské praxe a pokud se chce, vždy se najde vhodný způsob komunikace. A když se nechce, hledá se důvod,

proč se to nedaří. Někdy jde ovšem o zákroky, či velmi speciální vyšetření, a zde je velice nezbytný doslovný překlad, aby rodiče, případně samo dítě jako pacient, situaci pochopilo a rozumělo všemu, co se s ním bude dít. Nejde přeci jen vždy o akutní záležitost, ale také o dlouhodobý problém, chronické onemocnění, či jinak závažné mnohdy i nevyléčitelné onkologické onemocnění. V každém z těchto případů budeme možná muset volit trochu jiný způsob komunikace, ale určitě vždy bude dobré, když nezapomeneme na zásady komunikace naší druhé respondentky. Pozitivní podle našich dotazovaných je také fakt, že právě vietnamská komunita má své tlumočnický, jsou jimi studenti, kteří se zde narodili, navštěvují české školy a ovládají tak dobře český jazyk, případně je tlumočnickem i sám dětský pacient školního a staršího věku.

10 DISKUZE

Všechny děti, ať už zdravé či nemocné, mají většinu potřeb společných a nezáleží na tom, jestli se jedná o potřeby tělesné či psychické. Tyto potřeby musejí být naplňovány tak, aby vývoj dětí vždy odpovídal jeho maximálním možnostem. Uspokojování těchto potřeb by mělo vždy být prvořadým úkolem ošetrovatelského personálu. Pokud je naším pacientem dítě vietnamského etnika, měli bychom se zajímat především o specifika, která by tato skupina pacientů uvítala, aby byla respektována a umožněna v rámci hospitalizace, případně ambulantní péče, pokud to samozřejmě dovoluje samotný charakter onemocnění.

Sestry pečující o dětského pacienta musí mít přehled o biologických, psychosociálních i spirituálních potřebách dětí a dospívajících. Sestra poskytující péči dětskému pacientovi, by vždy měla potřeby dítěte správně rozeznat, respektovat a rozvíjet. Samotný ošetrovatelský proces umožňuje sestře diagnostikovat a ošetrovatelskými činnostmi řešit aktuální i potenciální problémy dětského pacienta v každém prostředí, s ohledem na vývojová specifika dítěte. Samotná metoda ošetrovatelského procesu nám jako zdravotníkům umožňuje organizovaný a systematický přístup nejen k samotnému dítěti, ale také k jeho doprovodu.

Zda jsou naše dětské a všeobecné sestry připraveny na tento nelehký úkol a zda péči o vietnamské děti zvládají dobře, bylo předmětem mého bádání. Dokážeme jako zdravotnický personál komplexně provádět identifikaci potřeb vietnamského dítěte, plánovat a hodnotit péči s ohledem na jeho rodinu, komunitu a kulturu? Jsme schopni vytvořit vhodné podmínky pro vzdělávání sester v oblasti multikulturního ošetrovatelství a zejména v praxi jako takové poskytovat kvalitní péči i vietnamskému dítěti, to vše bylo předmětem zkoumání.

Při samotném začátku shromažďování údajů do teoretické části této práce, jsem došla ke zjištění, že odborná literatura se zabývá ošetrovatelskou problematikou o vietnamskou komunitu, ovšem literatura, která by řešila ošetrovatelskou péči zabývající se přímo dětským pacientem vietnamské komunity, se hledá jen stěží. Nebo spíše prakticky neexistuje. Mám za to, že by bylo určitě dobré více se věnovat této problematice. Protože dětský pacient má svá specifika jako taková, stejně tak i studium pediatrie v oboru ošetrovatelství je samostatný obor a tak věřím, že do budoucna se v literatuře začne

objevovat dětský pacient jiného etnika. Literatura se zatím více zabývá jen péčí o romského pacienta.

V publikacích o multikultuře je toho napsáno již mnoho. Tyto publikace mi byly hlavní inspirací, částečně jí ale samozřejmě byly i některé bakalářské práce zabývající se péčí o vietnamskou komunitu, články v odborných časopisech. Díky tomu jsem zjistila, že problematika ošetřování etnických skupin je věc již dlouhou dobu známá, diskutovaná, a že zdravotnický personál o této problematice ví stále více. Je to dané zajisté i tím, že pacientů jiného etnika neustále přibývá. Jestli před několika desítkami let byl pacient jiného etnika spíše jevem výjimečným, můžeme říci, že v dnešní době se s ošetřováním takového pacienta setkáváme prakticky denně, a to nás jako ošetřující personál nutí se o tuto problematiku zajímat a zdokonalovat se nejen v komunikačních dovednostech o tuto skupinu pacientů. V dnešní době jsou nám k dispozici komunikační karty, piktogramy, hojně využívané zejména v porodnictví. Nejvíce nám práci usnadní zajisté přítomnost tlumočnicka ať již jeho fyzická přítomnost, či prostřednictvím mobilního telefonu.

Zda jsou s naší péčí spokojeni samotní Vietnamci a rodiče vietnamských pacientů, by mohlo být předmětem dalšího zkoumání. Je těžké hodnotit, jak jsou Vietnamci spokojeni s naší péčí, podle jejich věčného úsměvu na nás dělají dojem, že ano, ale protože jak je patrné i z rozhovorů s našimi všeobecnými sestrami, je známo, že úsměv Vietnamce neznamena jen spokojenost a radost. Proto, jak je to ve skutečnosti bychom asi poznali jen při užším kontaktu s rodinou našeho dětského pacienta.

Největším problémem který nastává při ošetřování vietnamského dítěte, jak vyplývá ze všech čtyř rozhovorů, je zajisté jazyková bariéra nejen se samotným dítětem, ale zejména s jeho rodiči. V dětském věku samozřejmě velice záleží v jaké věkové kategorii nebo vývojovém stadiu se náš dětský pacient nachází, nelze tedy srovnávat péči o vietnamského novorozence, kojence, batole, předškoláka, školáka, dospívajícího, či čerstvého dospělého.

V praxi se jeví vietnamská komunita vesměs jako klidná a pokorná, nedochází s nimi v rámci poskytování zdravotních služeb ke konfliktním situacím. Mám pocit, že Vietnamci za námi jako poskytovateli zdravotních služeb přicházejí v případech, kdy už si sami nedokážou přírodními cestami pomoci a jsou vděční za naši odbornou pomoc, a proto zřejmě při kontaktu s nimi nedochází k rozporu při poskytování

ošetřovatelské péče. Což nemůžeme říci i o jiných menšinách a někdy ani o naší majoritní skupině. Ale je možné, že by se dalo udělat mnohem více, museli bychom znát jejich kulturu lépe. Ve většině případů, ale toto etnikum prakticky neznáme a nejsme proto schopni rozeznat jejich přání a specifické potřeby. Jedna z dotazovaných má dojem, že tím se snažíme odlišnému etniku poskytovat péči ve větším rozsahu než vlastní majoritě. Vždyť u nás je také spousta rozdílně smýšlejících rodičů. Ať už ohledně stravy, očkování, výchovy, sociálního postavení, takže jde také o spoustu specifik, a na to se podle ní tolik ohledy neberou. Ano, jistě to je otázka velice individuální. Jsou rodiče a rodiče a jsou děti a děti. Nepřicházejí k nám do ambulancí a k hospitalizaci jen děti, o které se rodiče vzorně starají a docházejí pravidelně k lékaři. Mezi naše dětské pacienty dnes patří děti rodičů různě smýšlejících, s různou filozofií. Ale často také děti, o které se rodiče ne vždy vzorně starají. Přicházejí děti zanedbané, týrané ať už psychicky, ale bohužel často i fyzicky. V tom vidím dnes problém dětí zejména v rozvedených rodinách, dětí ve střídavé péči, či vyrůstající mimo vlastní rodinu. Nevím, zda tyto problémy řeší i vietnamská komunita.

Nějaké statistické údaje o spokojenosti ošetřovatelské péče vietnamské komunity v našich zdravotnických zařízeních jistě existuje. Ovšem nejedná se o statistiky týkající se dětských pacientů. V monografii prof. PhDr. Valerie Tóthové, která je zaměřena na minoritní skupinu vietnamskou a čínskou, žijící v České republice, jsou jako součást uváděny výsledky výzkumného projektu, právě zahrnuje poznatky, jak jsou Vietnamci spokojeni s poskytováním zdravotní péče právě jejich menšině na území České republiky. Výzkumný soubor tvořilo skoro pět tisíc vietnamských respondentů. Zajímavostí tohoto projektu je, že Vietnamci se necítí být nemocní, v jejich rodinách se nevyskytují dědičná onemocnění a většina z nich netrpí chronickým onemocněním. Z průzkumu dále vyplývá, že nejvíce jsou u Vietnamců zastoupená onemocnění trávicí soustavy a nejméně onemocnění srdce (Tóthová 2010, s. 106). Ze stejného průzkumu také vyplývá, že pouze ve čtyřiceti procentech z dotazovaných by vietnamský pacient uvítal ze strany sester používání neverbální komunikace a komunikačních karet, zbytek nevěděl, nebo měl pocit, že to není potřeba. Stejně procento vyžaduje rodinného příslušníka ve zdravotnickém zařízení. Naopak skoro osmdesát procent dotazovaných bylo spokojeno s chováním zdravotnického personálu a udávají v tomto počtu i to, že zdravotnický personál při poskytování péče respektuje specifika vietnamské minority. Vietnamci charakterizovali chování lékařů a sester jako důstojné a slušné, spokojeni byli i s tím, že jim zdravotnický

personál věnoval dostatek času a respektoval jejich intimitu při poskytování zdravotnické péče. A jsou také spokojeni s nemocničním prostředím, včetně s teplotou na pokoji, čistotou a i s tím, že v noci bylo na oddělení přiměřené ticho. Vietnamci také udávali, že zdravotnický personál je aktivně zapojoval do péče a sestry jim vždy vše vysvětlovaly postup prováděných výkonů, spolu s tím se vždy dotazovaly na jejich souhlas s výkonem (Tóthová 2010, s. 146).

I na základě mého zkoumání sestry uváděly, že si nepamatují, že by rodiče vietnamského dítěte měli někdy nějaký problém, či stížnost ohledně poskytované péče. Naopak vždy si péči v našem zařízení pochvalovali a děkovali za ni. Je zřejmé, že by uvítali, kdyby o ně pečoval zdravotník vietnamské komunity z důvodu právě jazykové bariéry.

Dalším specifikem při poskytování ošetrovatelské péče uváděly sestry rozdílnost ve stravování a i to, že někteří rodiče vietnamských dětí si nepřejí pro své dítě stravu nemocniční a donáší do nemocnice stravu svojí. Zajímavostí je, že podle již zmíněného průzkumu Tóthová uvádí, že přestože části příslušníkům minority nemocniční strava chutnala, větší polovině dotázaných nosili do nemocnice stravu příbuzní. Je to dáno zřejmě i tím, že v nemocničních zařízeních je dle platných standardů po konzultaci s nutriční terapeutkou sestavit stravu z běžně dostupných surovin a tím částečně vyhovět jiným stravovacím návykům. Většina respondentek uvádí, že rodiče využívají spíše možnosti přinášet stravu vlastní do nemocnice. Při dodržení určitých hygienických zásad s tím nemá zdravotnický personál problém. Stravu jako problém u vietnamského pacienta vnímají i dotazovaní ve výzkumné práci Zuzany Palkové v roce 2012.

V závěru bych chtěla poukázat na to, že názory všech čtyř dotazovaných všeobecných sester jsou si velmi podobné. Spíše než délka praxe v nich hraje roli jejich osobní zkušenost a profesionální přístup.

A aby byla poskytnuta co nejlépe ošetrovatelská péče o vietnamskou komunitu, stojíme před problémem zdravotnického personálu a jejich vzdělání v oblasti multikultury. Otázkou je, jak motivovat sestry se nadále vzdělávat v oblasti multikulturního ošetrovatelství a bude i toto další vzdělávání vlastně vůbec přínosem pro praxi? Všechny čtyři respondentky se shodují na tom, že nemají pocit, že by další vzdělávání mohlo nějak zásadně ovlivnit, či zlepšit péči o vietnamského pacienta. A nemají ani zájem se v tomto ohledu ve svém volnu vzdělávat. Zajímavostí je, že na základě výzkumného

šetření (Kutnohorská 2011) naopak zjistila pozitivní výsledek, a to zájem studentů vědět o multikultuře více. Dále se v rámci jejího šetření potvrdila nutnost věnovat multikulturnímu ošetřovatelství větší pozornost. Řešením a nadějí do budoucna je určitě fakt, že již několik let je multikulturní ošetřovatelství součástí vzdělávání zdravotnických profesí.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit povědomí sester pracujících na dětských odděleních a ambulancích o specifikách péče o dítě vietnamské komunity. Dále také zjištění nejčastějších problémů při samotném ošetřování vietnamského dítěte a faktu, zda vůbec nějaká specifika při poskytování péče jsou. Závěrem zkoumání bylo samotné využívání komunikačních pomůcek a zájem zdravotnického personálu vzdělávat se v multikulturním ošetřovatelství. Nebo jakkoliv se o něj zajímat. Tento cíl se mi dle mého názoru podařilo naplnit.

Jako největší problém při své práci s vietnamským pacientem vidí sestry komunikaci, zejména díky jazykové bariéře. Nemůžeme očekávat, že náš zdravotnický personál bude docházet na lekce vietnamštiny. Ale domnívám se, že přínosem pro práci a komunikaci s těmito pacienty by mohla být přínosná beseda. Vzhledem k neochotě zdravotnického personálu dále se v této oblasti vzdělávat si ovšem nejsem jistá, zda by i o tenhle druh přiblížení vietnamské komunity, byl ze strany zdravotnického personálu zájem. Věřím ale, že pokud ano, byl by to pohled i z druhé strany mince. Jednalo by se o besedu se studentkou vyšší odborné zdravotnické školy studující obor dětská sestra, která má na situaci dvojitý náhled. Nyní jako studentka a ošetřovatelský personál a zároveň jako pacientka s chronickým onemocněním, tudíž také často sama dětskou pacientkou naší fakultní nemocnice.

Závěrem bych chtěla říci, že právě vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství je šancí, jak získat a uplatnit v praxi znalosti kulturně senzitivního přístupu k pacientům jiného etnika. Seznámení s odlišnostmi má vliv na větší vzájemné porozumění a zajisté i na lepší přístup v samotné ošetřovatelské péči.

Otázka, ale zůstává nadále. Jak motivovat sestry při již tak náročné profesi k dalšímu vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství? A protože kultura se vyvíjí v prostoru i čase bude studium multikulturního ošetřovatelství otevřeným nikdy nekončícím procesem. A nejlepším prostředkem k respektu kulturních tradic bude i nadále vůle k pochopení a toleranci.

SEZNAM LITERATURY

Anamnestické komunikační karty, 2011. Plzeň: Odbor sociálních služeb Magistrátu města Plzně.

BROŽÍKOVÁ, Radka, 2014. *Specifika ošetrovatelské péče o romské dítě*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Miroslava MOUČKOVÁ.

Český statistický úřad, 2018. [online]. ČSÚ. [cit. 16. 2. 2019]. Dostupné z <https://www.czso.cz/>

DUDKOVÁ, Lenka, 2009, *Multi kulti – menšiny v ČR*. 1.vyd. Olomouc: Agentura rozvojové a humanitní pomoci olomouckého kraje, o.p.s. 151 s. ISBN 978-80-254-5583-8.

Fakultní nemocnice Plzeň, 2015. *Standardní postup SNL/DOS/SOP/090/01 Multikulturální ošetrovatelství*. Fakultní nemocnice Plzeň.

IČO, Ján, 2010. *Náboženství ve Vietnamu*. 1.vyd. Praha: Muzeum hlavního města Prahy. 40 s. ISBN 978-80-85394-74-0.

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana, 2005. *Multikulturální ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248s. ISBN 80-247-1212-1.

Klub Hanoi. 2008. *Stránky všech přátel Vietnamu*. [online]. [cit. 1. 3. 2019]. Dostupné z <http://www.klubhanoi.cz/>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturální ošetrovatelství pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

LEONTIYEVA, Yana, 2006. *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. 1.vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 94 s. ISBN 80-7330-098-2.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2004. *Psychologické eseje (z konce kariéry)*. 1.vyd., Praha: Karolinum. 206 s. ISBN 80-246-0892-8.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. [online]. MZČR. [cit. 20. 2. 2019]. Dostupné z <https://www.mzcr.cz/>

MLÝNKOVÁ, Jana, 2009. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. Praha: Ambit Media, a. s., 2009, 5 (10), s. 33-35. ISSN: 1801-464X.

Na křižovatce kultur aneb Romové, Vietnamci a Číňané mezi námi, 2010. 1.vyd. Praha: Národní institut dětí a mládeže. 21 s. ISBN 978-80-86784-91-5.

PÁLKOVÁ, Zuzana, 2012. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Miroslava MOUČKOVÁ.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1.vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-802-4729-688.

SEDLÁKOVÁ, Gabriela, Dagmar KALÁTOVÁ a kol., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1.vyd. Praha: Triton. 139 s. ISBN 978-80-7387-412-4.

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

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

ŠAMÁKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIŠKOVÁ, Tatiana, 2001. *Menšiny a migranti v České republice, my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. 1.vyd. Praha: Portál, 188 s. ISBN 80-717-8648-9.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1.vyd. Praha: Triton, 194 s. ISBN978-80-7387-414-8.

VACUŠKOVÁ, Miluše, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii I.* 1. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.

Vox pediatrice: Časopis praktických lékařů pro děti a dorost, 2016. Praha: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o. s. 16 s. ISSN 1213-2241.

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů.

Zákon č. 217/2002 Sb., kterým se mění zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 140/2001 Sb., zákon č. 329/1999 Sb., o cestovních dokladech a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o cestovních dokladech), a zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění zákona č. 2/2002 Sb.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Anamnestické komunikační karty
- Příloha č. 2** Model vycházejícího slunce dle Leningerové u příslušníků vietnamské minoritní skupiny
- Příloha č. 3** Ošetřovatelské model Gingerové a Davidhizarové
- Příloha č. 4** Charta práv dětí v nemocnici
- Příloha č. 5** Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha č. 6** Dohoda o zachování anonymity
- Příloha č. 7** Návrh pozvánky na odborný seminář

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Anamnestické komunikační karty



 Do you undergo any medical treatments with anything?
Du ju andrgou eny medyki tritmenec vis enysing?

 Werden Sie mit irgendetwas ärztlich behandelt?
verden si mit irgendetwas ertctlich behandelt?


 У вас есть при себе лекарства?
U vas při sebe lekarstva?

 Ông/bà đang điều trị bệnh gì không?
Ông/bà đang điều trị bệnh gì không?


 Ямар нэг зүйлээ эмчлүүлж байна уу?
Jamar negen zülé emčlүүл байна уу?


Lécíte se s něčím? 


		
 Yes	 No	 Do you understand?
 Ja	 Nein	 Verstehen Sie mich?
 Да	 Нет	 Понимаете?
 Vâng	 Không	 Ông/Bà có hiểu không?
 Тийм	 Үгүй	 Ойлгож байна уу?





Vydal Odbor sociálních služeb Magistrátu města Plzně – červenec 2011
Grafické zpracování: Mgr. Ondřej Polony
Financováno z rozpočtu města Plzně.





 angličtina



















 němčina

 ruština

 vietnamština

 mongolština



		
 Yes	 No	 Do you understand?
 Ja	 Nein	 Verstehen Sie mich?
 Да	 Нет	 Понимаете?
 Vâng	 Không	 Ông/Bà có hiểu không?
 Тийм	 Үгүй	 Ойлгож байна уу?

Zdroj: Anamnestické komunikační karty, 2011. Plzeň: Odbor sociálních služeb Magistrátu města Plzně.

Příloha č. 2

Model vycházejícího slunce dle Leiningerové u příslušníků vietnamské minoritní skupiny

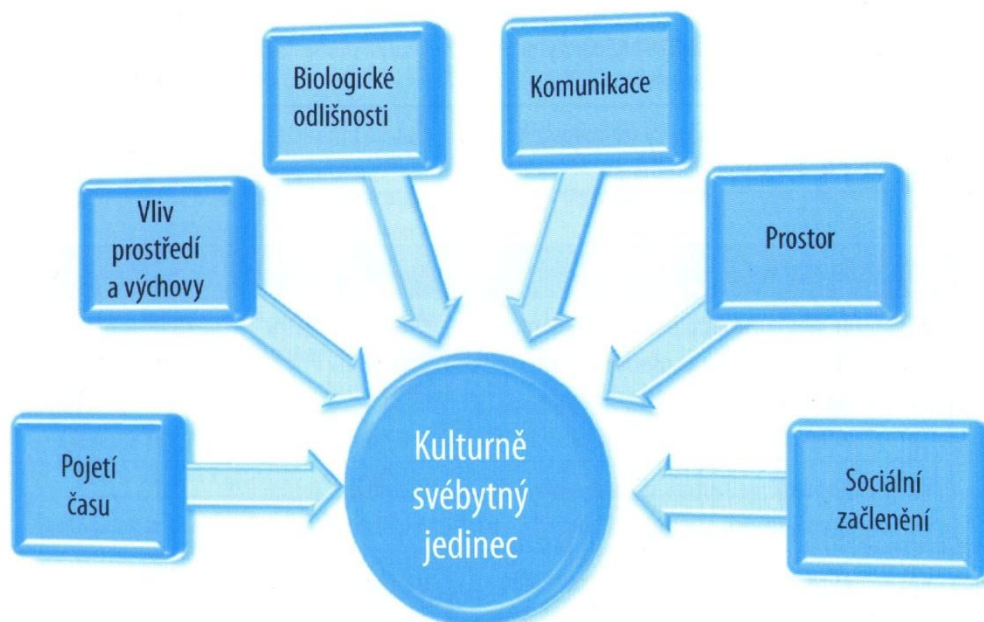


Zdroj: TÓTHOVÁ a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8. s. 194.

Příloha č. 3

Ošetřovatelské model Gingerové a Davidhizarové

1. Ošetřovatelský model Gigerové a Davidhizarové (součást standardu ošetřovatelské péče)



Zdroj: TÓTHOVÁ a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetřovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8. s. 154.

Příloha č. 4

Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

4. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

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

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012. [online]. MZČR. [cit. 20. 2.

2019]. Dostupné z https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html

Příloha č. 5

Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Vážená paní
Renáta Nová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše šetření na *Dětské klinice (DK)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče o dětského pacienta vietnamské komunity*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s všeobecnými / dětskými sestrami.

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

- Vrchní sestra DK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledku Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

18. 1. 2019

Příloha č. 6

Dohoda o zachování anonymity

DOHODA O ZACHOVÁNÍ ANONYMITY

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DĚTĚ VIETNAMSKÉ KOMUNITY

STUDENT:

Renáta Nová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE:

Cílem studie je popsat zkušenosti sester s péčí o děti vietnamského etnika.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít a můžete kdykoliv od rozhovoru odstoupit.

SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ROZHOVOREM (STUDIÍ):

Já.....souhlasím s výzkumným rozhovorem a rozumím tomu, že mohu kdykoliv od rozhovoru odstoupit. Všechny citace rozhovoru budou použity anonymně, Vaše identita nebude rozpoznána.

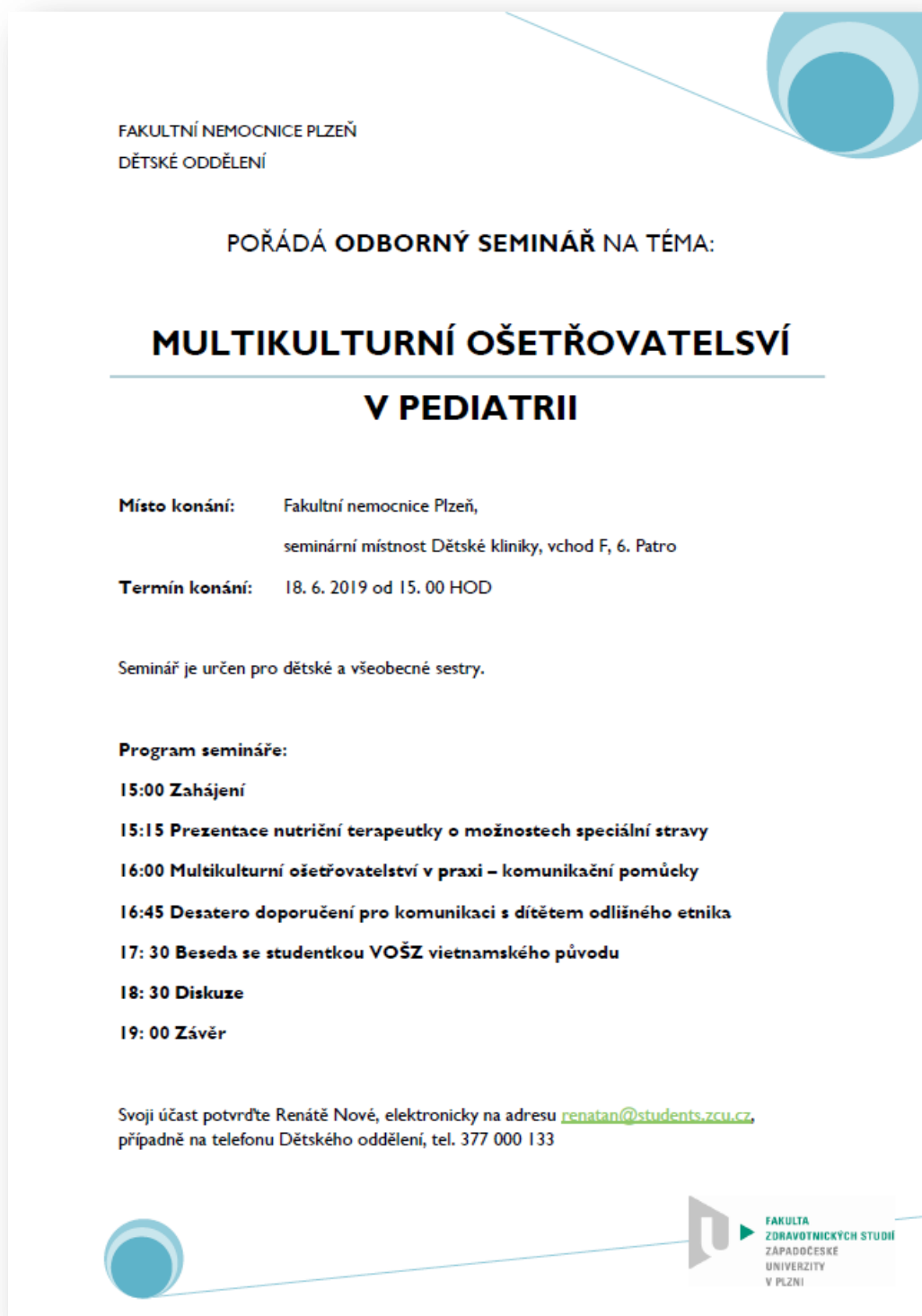
Podpis účastníka výzkumného rozhovoru.....datum:

Podpis studenta.....datum:

Zdroj: vlastní

Příloha č. 7

Návrh pozvánky na odborný seminář



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
DĚTSKÉ ODDĚLENÍ

POŘÁDÁ ODBORNÝ SEMINÁŘ NA TÉMA:

MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSVÍ V PEDIATRII

Místo konání: Fakultní nemocnice Plzeň,
seminární místnost Dětské kliniky, vchod F, 6. Patro


Termín konání: 18. 6. 2019 od 15. 00 HOD

Seminář je určen pro dětské a všeobecné sestry.

Program semináře:

- 15:00** Zahájení
- 15:15** Prezentace nutriční terapeutky o možnostech speciální stravy
- 16:00** Multikulturní ošetřovatelství v praxi – komunikační pomůcky
- 16:45** Desatero doporučení pro komunikaci s dítětem odlišného etnika
- 17: 30** Beseda se studentkou VOŠZ vietnamského původu
- 18: 30** Diskuze
- 19: 00** Závěr

Svoji účast potvrďte Renátě Nové, elektronicky na adresu renatan@students.zcu.cz,
případně na telefonu Dětského oddělení, tel. 377 000 133



FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOCESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

Zdroj: vlastní