

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Radka Brožíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O ROMSKÉ DÍTĚ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Moučková

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Miroslavě Moučkové za odborné vedení mé bakalářské práce a profesionální přístup během celé naší spolupráce. Její cenné rady, podněty a připomínky pro mne byly přínosem. Zároveň chci poděkovat všem respondentkám výzkumného šetření za jejich čas a ochotu odpovídat na mé otázky.

V Rokycanech 20. 3. 2014

Radka Brožíková

ANOTACE

Jméno a příjmení: Radka Brožíková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o romské dítě.

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Moučková

Počet stran: číslované 66, nečíslované 19

Počet příloh: 6

Počet zdrojů použité literatury: 31

Klíčová slova: Romové - multikulturní ošetřovatelství - hospitalizace dítěte – specifické potřeby – komunikace.

Souhrn:

Bakalářská práce je věnována problematice ošetřování dětského romského pacienta. V teoretické části jsou shrnuty poznatky multikulturního ošetřovatelství zaměřené na specifické potřeby klienta romského etnika, které vycházejí z kulturních tradic této menšiny. Velká pozornost je věnována zejména hospitalizovanému dítěti.

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumném šetření formou rozhovorů se všeobecnými sestrami. Mapuje znalosti ošetřujícího personálu v oblasti poskytování kulturně senzitivní péče a jejich využití v praxi. Výsledky průzkumu jsou zpracovány písemnou formou.

ANNOTATION

Name and surname: Radka Brožíková

Department: Nursing

Title of thesis: The specifications of a nursing care for a gypsy child.

Consultant: Mgr. Miroslava Moučková

Number of pages: numbered 66, unnumbered 19

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 31

Key words: Roma - multicultural nursing care - hospitalization of a child - special needs – communication.

Summary:

The thesis is devoted to the problems of Roma children's care of the patient. In the theoretical section summarizes the findings of multicultural nursing focusing on the specific needs of the client Roma ethnic group, which are based on the cultural traditions of the minority. Great attention is paid to the child admitted to hospital.

The research is based on qualitative research study through interviews with nurses. It maps the knowledge of nursing staff in providing culturally sensitive care and their use in practice. The survey results are processed in written form.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	11
1.1 Model „Vycházejícího slunce“ – Madeleine Leininger.....	12
1.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče – Giger - Davidhizer.....	13
1.3 Zkušenosti a znalosti českých sester.....	14
2 ROMOVÉ.....	16
2.1 Historie.....	16
2.2 Současná romská populace u nás	17
2.2.1 Současná rodina.....	18
2.3 Náboženství a kultura	19
2.4 Žebříček hodnot	19
2.5 Romové a zdraví	20
2.5.1 Faktory ovlivňující zdraví	20
2.6 Předsudky a stereotypy, diskriminace	22
2.7 Romské dítě	23
2.7.1 Výchova dítěte v rodině	23
2.7.2 Vlastnosti romských dětí.....	23
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PEDIATRII	25
3.1 Potřeby dítěte	25
3.2 Ošetřovatelský proces v pediatrii.....	26
3.3 Specifika ošetřovatelského procesu v transkulturním ošetřovatelství	27
4 SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ ROMSKÉHO DÍTĚTE.....	28
4.1 Hospitalizace romského dítěte	28
4.1.1 Přítomnost rodiče	28
4.1.2 Adaptace.....	29

4.2 Bolest	30
4.3 Komunikace	30
4.3.1 Komunikace s romským pacientem a jeho doprovodem	31
4.3.2 Zásady komunikace s romským dítětem	32
4.4 Hra a trávení volného času.....	33
4.5 Léčebný režim.....	34
4.5.1 Návštěvy.....	34
4.5.2 Edukace romských dětí a rodičů	35
5 POSTOJ SESTER K DĚTSKÉMU ROMSKÉMU PACIENTOVI.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 VÝBĚR, FORMULACE A VYMEZENÍ PROBLÉMU	37
7 CÍL PRÁCE.....	38
7.1 Dílčí cíle.....	38
8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
9 METODA SBĚRU DAT	40
10 VZOREK RESPONDENTŮ	41
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	42
11. 1 Rozhovor 1.....	42
11. 2 Rozhovor 2.....	49
11. 3 Rozhovor 3.....	57
11. 4 Rozhovor 4.....	63
12 DISKUZE	71
13 ZÁVĚR.....	75
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Ošetrovatelství prošlo v naší zemi dlouhým vývojem a má své kořeny již v 10. století, kdy vznikaly první hospice. Od té doby následuje vývoj medicíny a ošetrovatelské péče na celém světě. Jeho současná podoba vyžaduje vzdělané sestry – profesionálky, které se orientují v komplexní péči o nemocného se všemi jeho bio – psycho – sociálními a spirituálními potřebami a jejich znalosti sahají až k psychologii, sociologii a etice. Neustále stoupají nároky na jejich vzdělávání, kvalitu a odbornost.

Důležitou oblastí, ve které se dnešní sestry musí orientovat, je multikulturní ošetrovatelství. Migrace obyvatel je jedním z nejzávažnějších celosvětových problémů a v rámci integrace se týká i našeho zdravotnictví. Je tedy třeba, aby byl náš zdravotnický personál připraven na příliv pacientů odlišných etnik a kultur a orientoval se v kulturních a sociálních odlišnostech těchto specifických skupin pacientů.

Nejpočetnější etnickou minoritou, žijící na našem území, je bezesporu romská komunita. Romové žijí v naší společnosti již dlouho, mluví naším jazykem a často jsou našimi pacienty. Měli bychom tedy znát jejich specifické vlastnosti a umět s nimi pracovat. Měli bychom jim umět poskytnout kulturně senzitivní péči bez předsudků tak, jako každé jiné národnostní nebo etnické menšině.

Jestli je tomu skutečně tak, jestli naši zdravotníci umějí pracovat s odlišnými potřebami romské populace a zda mají dostatečné znalosti v oboru multikulturního ošetrovatelství, to se stává předmětem mé práce. Zaměřuji se zejména na romské děti a jejich rodiče. Zjistila jsem totiž, že se odborná literatura i jiné výzkumné projekty zabývají romským etnikem komplexně a dětským pacientům věnují jen velmi málo prostoru. Dítě není malý dospělý. Dítě vyžaduje odlišný specifický přístup, který odpovídá jeho věku, vývojovým schopnostem i rozdílným charakterovým vlastnostem. Když k tomu přidáme ještě odlišnou etnickou příslušnost, je jasné, že si ošetrovatelská péče o takové dítě zaslouží naši plnou pozornost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je společenský obor, který vychází z holistické filosofie, je zaměřen na kvalitu, efektivitu a přísně individualizovanou péči o pacienta. Je tedy třeba, aby tyto atributy byly naplňovány bez výjimky, tedy i v péči o cizince a pacienty odlišných etnik a kultur. Způsob a kvalita péče, její struktura a úroveň profesionality jsou vždy obrazem stavu společnosti, ve které profesionálové oboru ošetřovatelství působí. (1, s. 12)

Podle toho, jaký postoj konkrétní majoritní společnost k přítomným menšinám zaujme, můžeme tyto rozlišit na společnosti s charakterem multikulturním a interkulturním. (24, s. 36)

Multikulturní společnost je společnost mnohokulturní, tedy taková, kde je přítomno více různých etnických, sociálních a náboženských podskupin v určitém geografickém prostoru. Tyto podskupiny ale majorita spíše toleruje, než by je rovnoprávně akceptovala.

Interkulturní společnost oproti tomu aktivně podporuje vzájemné vztahy mezi majoritou a menšinovými skupinami, respektuje a toleruje odlišnosti a vyhýbá se negativním předsudkům a stereotypům. (24, s. 37)

Multikulturní ošetřovatelství je v praxi používáno jako synonymum k pojmu **transkulturní ošetřovatelství**. Předložka **trans-** znamená pronikání, překročení nějaké hranice, přetvoření či směřování z jedné oblasti do druhé. Multikulturní / transkulturní ošetřovatelství je tedy teoretický i praktický obor zaměřený na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí s přihlédnutím k podobnostem a rozdílům v jejich kulturních hodnotách, náboženských přesvědčeních a životních zvyklostech. Jeho cílem je poskytnutí takové péče, která bude kulturně vhodná, kompetentní a vysoce profesionální i přes etnickou, rasovou, kulturní i sociální různorodost klientů. (2, s. 8), (24, s. 36 - 37)

V České republice je této problematice věnována větší pozornost až v posledním desetiletí. Do té doby byla víceméně opomíjena, přestože složení naší společnosti není ani zdaleka homogenní. Migrace obyvatel je významným fenoménem současnosti a jejím vlivem stoupá počet náboženských minorit a národnostních menšin. Změny ve skladbě

obyvatelstva neznamenaají pouze prostou obměnu obyvatel, ale znamenají i změny sociální, kulturní, jazykové i ekonomické, které se promítají do charakteru poskytované zdravotnické péče. Každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci. Každé etnikum má svoji představu toho, co považuje za „normální jednání“. S tímto vědomím jsou zdravotníci morálně i profesně zavázáni přizpůsobit svou péči klientově kultuře. (24, s. 10 - 11)

1.1 Model „Vycházejícího slunce“ – Madeleine Leininger

Mezinárodně uznávanou zakladatelkou a badatelkou v oboru transkulturní péče je bezesporu Madeleine Leiningerová. V padesátých letech 20. století pracovala jako sestra na dětském psychiatrickém oddělení, kde si začala všimnout velkých kulturních rozdílů mezi dětmi a rodiči rozličných původů, zakusila kulturní šok a uvědomila si nutnost udělat změnu v této dimenzi ošetřovatelství.

Vypracovala teorii, kterou nazvala teorií kulturně diverzifikované a univerzální péče. Dle jejích principů je poskytování ošetřovatelské péče založeno na poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur. Tato teorie je základním stavebním kamenem transkulturního ošetřovatelství. Na jejích principech vytvořila koncepční rámec pro výzkum i vzdělávání – takzvaný model „Vycházejícího slunce“. (31, s. 18 - 26), (viz příloha č. 1)

Název dostal podle schématu, ve kterém Leiningerová vizuálně znázornila své ideje, a které představuje jednotlivé složky její teorie. Jádro 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 jsou vzájemně propojené, ale můžeme je chápat i odděleně. Všechny ovlivňují vnímání zdraví a nemoci i způsob péče, kterou nemocný využívá. (1, s. 24 - 25), (14, s. 31 - 32)

Metaparadigma Leiningerové zahrnuje pohled na čtyři základní komponenty ošetřovatelství:

- osobu – jako holistickou bytost ovlivněnou sociálním prostředím
- prostředí – jako systém společnosti postavený na určité politice, ekonomice, vzdělání, kultuře a náboženství

- zdraví – kulturně podmíněné vnímání zdraví a nemoci
- ošetrovatelství – poskytování péče osobám různých kultur.

Ústřední dominantou charakterizující ošetrovatelství dle Leiningerové je péče, ošetrování a podpora a pomoc lidem nemocným, zdravým nebo umírajícím. Tuto péči představují vlastní ošetrovatelské aktivity. Ty se mohou realizovat třemi způsoby kulturně shodné péče. Dělí se podle stavu klienta, jeho hlavních problémů a potřeb na:

- kulturní péči pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví
- kulturní péči umožňující adaptaci
- kulturní péči umožňující uskutečnit změnu. (24, s. 46 - 47)

Teorie a model Madelaine Lainingerové jsou stále živé, aktuální a staly se vzorem pro vytvoření dalších modelů kulturně specifického ošetrovatelství. Mezi ně patří například Purnellův model získání kulturních kompetencí, model kulturně kompetentní péče Camphina-Bacote nebo kulturní assessment Gigerové-Davidhizarové. (1, s. 51), (21, s. 133)

1.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče – Giger - Davidhizer

Z modelu Leiningerové vychází a částečně na něj také navazuje model Gigerové - Davidhizarové. Ten vznikl na základě potřeby hodnotit kulturní proměnné v ošetrovatelském procesu a jejich vliv na chování lidí ve zdraví a nemoci. Původní model „Vycházejícího slunce“ byl sestrami kritizován za to, že je obtížně implementovatelný do každodenní péče o konkrétního klienta. Proto se Gigerová a Davidhizerová zaměřily na hlubší rozpracování hodnocení stavu potřeb pacienta a ošetrovatelské intervence. Model hodnotí každého jedince jako kulturní unikát na základě šesti kulturních fenoménů, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, individuem kontrolované prostředí a biologické variace. (1, s. 51 - 52)

Metaparadigma Gigerové- Davidhizerové zahrnuje:

- transkulturní ošetrovatelství - praxi orientovanou na klienta
- kulturně kompetentní péči - účelnou a užitečnou péči podloženou vědomostmi kulturních zvláštností klienta
- kulturní jedinečnost individuí - každý jedinec je kulturně unikátní

- kulturně citlivé prostředí – kulturně rozmanitá péče v různých typech zdravotnických zařízení
- zdraví a zdravotní status – základna kulturně specifických chorob a zdraví prospěšného chování.

Model transkulturního ošetřovatelství je tedy založen na kulturních hodnotách, které ovlivňují chování lidí ve zdraví či nemoci, napomáhají zdravotníkům správně nasměrovat ošetřovatelské aktivity a usnadňují provádění změn v ošetřovatelském procesu. (1, s. 54), (viz příloha č. 2)

1.3 Zkušenosti a znalosti českých sester

Při poskytování transkulturní péče je úlohou sestry dohodnout se s pacientem na takové péči, která bude respektovat potřeby klienta, ale také požadavky nemocničního systému. Sestra se stává vyjednavatelem mezi tradičním a profesionálním systémem péče. Její hodnoty mohou být v nesouladu s kulturními hodnotami klienta, proto je důležité, aby byla dostatečně instruována o specifických národnostních a etnických kultur. Adekvátní znalosti a dovednosti musí být doplněny trpělivostí, empatií a úctou ke klientům a jejich kultuře. (28, s. 194)

V roce 2000 provedla Lenka Špirudová šetření mezi českými sestrami, které mělo orientačně zjistit, jaké zkušenosti mají sestry v oblasti péče o pacienty jiných kultur a etnik. Bylo zjištěno, že za největší problémy v této oblasti sestry považují komunikaci a kulturní rozdíly vyplývající z nepochopení některým hodnotám chování. Nejvíce ale respondentky popisovaly problémy s ošetřováním Romů. K péči o romské pacienty se vyjádřilo celkem 80,4 % sester. Z toho vyplývá, že se naše sestry nejčastěji setkávají s etnikem, které na našem území žije sice velmi dlouho, ale je pro zdravotníky mnohdy stejně neznámé, jako ostatní cizí kultury. (14, s. 5)

Zkušenosti sester s transkulturním ošetřovatelstvím jsou žádoucí a získávání nových poznatků v této oblasti se jeví jako nezbytné, neboť příjemci zdravotní péče jsou čím dál častěji lidé různého původu, rasy a náboženství. Od všech zdravotníků se očekává, že budou mít ke klientům morální postoje a kompetence. Je proto nezbytné, aby byli dostatečně vzděláni pro praxi v multikulturním ošetřovatelství. K tomu napomáhá vnesení problematiky multikulturního ošetřovatelství do studijních plánů nelékařských oborů

na vysokých školách. Z výzkumů vyplývá, že sestry s vyšším než středoškolským vzděláním mají v této oblasti podstatně větší zkušenosti. (2, s. 10), (24, s. 9 - 11)

2 ROMOVÉ

Romové jsou etnickou skupinou, která není homogenní, ale která má společný původ, jazyk a mnoho kulturních rysů. V naší zemi jsou nejpočetnější menšinou, specifickou svým způsobem života, kulturou a odlišným hodnotovým žebříčkem.

2.1 Historie

Původní pravlastí Romů je pravděpodobně střední Indie, kde patřili k občanům nejnižších společenských tříd. V 8. století začali postupně Indii opouštět, aby se vymanili z přísně rozdělené indické kastovní společnosti a aby našli odbytí pro své výrobky a služby. Odcházeli v mnoha proudech, z nichž největší proběhl kolem 10. století. (12, s. 57)

Nejstarší písemné zprávy o pobytu Romů na území Evropy jsou z 11. století. Evropa je přivítala s údivem, přijímala je jako kající křesťanské poutníky, ale postupně je začala utlačovat. První zmínky o jejich pobytu v Čechách jsou z Dalimilovy kroniky, následně pak z roku 1421, kdy sloužili na Rožmberském zámku. O prokazatelnosti těchto zpráv však někteří badatelé stále vedou polemiky. Písemně jsou zaznamenány i pokusy Marie Terezie o připoutání kočovníků k půdě. Za její vlády se pozornost obracela také na mládež. Děti do 14 let byly považovány za možné převychovat, a tak byly odebírány povětšinou do městských špitálů nebo městských rodin na převýchovu. Romská rodina na svých dětech lpěla a snažila se je vždy získat zpět, za což byla často tvrdě trestána. (4, s. 66 - 67), (5, s. 16 - 33)

Za první Československé republiky byli Romové de facto občany druhého řádu. Příčinou i následkem toho bylo velmi omezené vzdělání, nízká civilizační úroveň včetně špatné hygieny, nekvalitní výživa i zdravotní péče. Za rakouské vlády na přelomu 18. a 19. století se museli podrobit různým způsobům šikany, mezi něž patřilo i nucené léčení, odšívování a kontrolování.

V období druhé světové války dostali lékaři přísný zákaz ošetřovat Romy. I když někteří z nich neposlechli, zdraví Romů se rapidně zhoršovalo. Mrzli, mokli, hladověli, často neměli ani studny. Následkem toho umírali zejména na infekční choroby. Výjimkou nebyla tuberkulóza, černý kašel, pravé neštovice a obávaný břišní tyfus. Nad dospělými

vedla úmrtnost dětí, především novorozenců a kojenců. Protektorátním příkazem se neusazení kočovníci umisťovali do kárných pracovních táborů a zde končil jejich nucený pobyt deportací do Osvětimi. V koncentračních táborech pak umírá asi 6000 tehdejších českých Cikánů. Původně usazených a adaptovaných Romů zbylo tedy do dnešní doby velmi málo, většina dnešních Romů jsou přesídlenci ze Slovenska. (4, s. 67), (5, s. 67 - 73)

V poválečném Československu se začala pomalu zlepšovat jak sociální, tak zdravotní péče. Roku 1958 vešel v platnost Zákon o trvalém usídlení kočujících Romů. Začaly být organizovány zdravotní programy, zavedly se povinné preventivní prohlídky, romské ženy začaly rodit v porodnicích, rozběhla se osvětová práce zejména pro sociálně nejslabší vrstvy obyvatelstva. Zisk z tohoto režimu byl ale pro Romy zanedbatelný, kromě zdravotní péče, která vedla k podstatnému snížení úmrtnosti.

Pád komunismu byl pro Romy významným předělem. Kromě toho, co přinesl všem občanům, pro ně navíc znamenal svobodu užívat jazyk a pěstovat svou národní kulturu, zakládat vlastní organizace, rozvíjet mezinárodní kontakty a možnost prosadit se ve všech oblastech lidského soužití. Brzy se však ukázalo, že zatím nedokážou nových možností dostatečně využít. Jejich situace se spíše zhoršila. Po celou známou historii Romů probíhala takzvaná negativní selekce a Romové, kteří se blížili standardu většinových společností, ve kterých žili, asimilovali. Tato asimilace ale ochuzovala a stále ochuzuje romský genetický fond. (5, s. 110), (13, s. 17)

2.2 Současná romská populace u nás

V současné době Romové tvoří asi 3 % našeho obyvatelstva. Dle sčítání osob v roce 2001 jich bylo přesně 11 746, při sčítání lidu v roce 2011 se ale k romské národnosti přihlásilo už jen 5 135 osob z celkového počtu 10 436 560 obyvatel naší republiky. Tento údaj o počtu lidí hlásících se k romské národnosti zdaleka neodpovídá množství osob, které jsou za příslušníky romské komunity považovány. Odhadované počty hovoří přibližně o 300 tisících Romech. (7)

Také víme, že Romové nejsou jednotnou homogenitou. Nejpočetnější skupinou žijící u nás jsou Romové slovenští a z části maďarští, obojí nazývaní Rumungre. V malém počtu pak Romové čeští a moravští a dále Sintové – Romové němečtí. Zcela specifickou

skupinu tvoří Romové olašští, kteří byli do roku 1959 kočovní, stále si udržují svůj osobitý hodnotový systém a s ostatními Romy se nestýkají. (9, s. 164)

2.2.1 Současná rodina

Pro Romy byla a je široká rodina tou nejvyšší hodnotou. Tradiční rodina je patriarchální. Postavení otce je autoritativní a naprosto výjimečné, otec zajišťuje rodinu materiálně a odpovídá za její obraz na veřejnosti. V případě smrti hlavy rodiny přebírá její roli nejstarší syn. I postavení ženy má svůj historický původ. Je spojováno se zajištěním chodu rodiny a domácnosti včetně obstarávání stravy, s výchovou potomků a péčí o staré a nemocné členy rodiny. Ve srovnání s českými ženami je u nich charakteristická vysoká plodnost, která je dána zejména tím, že romské ženy využívají k plození dětí celé svoje reprodukční období. (10, s. 190)

Vysoký počet narozených dětí zaručuje i početní růst romského obyvatelstva a má vliv na specifickou strukturu domácností, které ve srovnání s ostatním obyvatelstvem obývá podstatně více členů. To se promítá nejen do jejich životní úrovně a způsobu bydlení, ale i do celkové kvality života. (9, s. 167)

Zvláštní úctě se v široké romské rodině těší staří lidé, kteří jsou respektováni pro svoji moudrost a zkušenosti. Je o ně vždy dobře postaráno, jen výjimečně končí v ústavech sociální péče. (29, s. 22)

Funkce rodiny byla ale v průběhu doby zeslabována. Pohromou pro ni byla původně dobře míněná snaha sociálních úřadů umisťovat děti do dětských domovů, kde jim byla dle našich měřítek poskytnuta kvalitní strava, hygiena a pravidelná školní docházka. Nikdy však nemohla nahradit rodinu, poškodila schopnost navázání silných citových vztahů a setrvat v nich. Následky vidíme dodnes, kdy mladé matky nedokážou navázat patřičný vztah ke svému dítěti a nechávají je v porodnici nebo v kojeneckém ústavu. Tato situace se v posledních letech výrazně zlepšila. Přesto je v kojeneckých ústavech a dětských domovech umístěno stále asi 60 % dětí romského etnika, a to převážně dětí svobodných romských matek. (10, s. 191), (16, s. 45)

2.3 Náboženství a kultura

Náboženským vyznáním se většina Romů hlásí k římskokatolické církvi. Jejich skutečná víra je však směsí náboženství majoritní společnosti a démonistických pověr a magických praktik. Náboženství a víra jsou pro ně spíše způsobem života, který určuje, jak se mají chovat. Řídí se souborem zákazů a příkazů, které nazývají Romipen. Ten dává jejich životu určitý řád. (8, s. 53)

Duchovní přesvědčení začíná být důležité právě v období nemoci a umírání, může sehrát významnou úlohu při akceptaci choroby, dodat životu smysl. Víra významně ovlivňuje přístup nemocného a jeho rodiny k nemoci, k diagnostice a léčbě, k rizikům, k edukaci a k pochopení procesu umírání. Romové věří, že duše člověka existuje i po odchodu těla na onen svět. Důkazem toho je tradiční nesmírně velká víra v duchy mrtvých předků, kteří jsou pro Romy prostředníkem Boha. Duše zesnulých se podle Romů vracejí mezi živé, ty dobré navštěvují příbuzné ve snech a dávají rady, ty zlé naopak škodí. (1, s. 91)

Romská kultura je tvořena převážně hudbou, tancem a výtvarným uměním. Dalo by se polemizovat o tom, zda je hudební nadání vrozené či vypěstované vlivem podmínek, kterým bylo toto etnikum dlouhodobě vystavováno. Důležité ale je, že hudba stále slouží k upevnování jeho etnické hrdosti. Tanec i hudba jsou zejména prostředky ke sdělení emocí a radosti. Součástí kulturní tradice je stále také kolektivní prožívání různých obřadů, jako jsou narození a křest dětí, svatby, pohřby a oplakávání zemřelých. Pro mladou generaci však hrozí reálné nebezpečí ztráty kulturních tradic, lidových zvyků, ale i jazyka, a to vlivem postupující kulturní asimilace. (11, s. 31), (26, s. 26), (27, s. 66)

2.4 Žebříček hodnot

Nejvyšší hodnotou je pro Roma život a vše, co s ním souvisí. Největší důraz klade na rodinu a děti. Romské děti ale vyrůstají v prostředí odlišných hodnot, než většina dětí majoritní společnosti. Bohužel, právě ony jsou fatálně ovlivněni sociálními a kulturními determinantami specifického prostředí romských rodin, kde se již od raného dětství setkávají se společensky negativními a patologickými jevy. Realitou je dlouhodobá nezaměstnanost rodičů, gamblerství, lichvářské praktiky, prostituce, kriminalita, zneužívání návykových látek, specifická kultura bydlení, hygienické problémy.

Prostředí, ve kterém vyrůstají, není dostatečně hodnotově podnětné, spíše je ve stavu pasivity a absence perspektivní změny k lepšímu. (8, s. 79)

Stále vyšší příčku v hodnotovém systému Roma zauímají materiální hodnoty, tedy peníze, majetek a sociální jistoty. Peníze potřebuje i kvůli možnosti uctívat starší a projevovat lásku k dětem. Tyto atributy jsou podstatné pro jeho přežití a naplňují touhu vyrovnat se majoritní společnosti.

Zdraví je Romy vysoce ceněná hodnota, na žebříčku hned po lásce a rodině. Vnímají jej nejen jako fyzickou odolnost a duševní pohodu, ale i jako jakési sociální zajištění. Na druhou stranu nemoc chápou jako neschopnost a blízkost smrti, které se velmi obávají, proto s návštěvou lékaře otálejí. Peníze nebo bydlení mají před zdravím přednost. Proto se jejich postoj k vlastnímu zdraví jeví jako nevalný. (29, s. 24)

2.5 Romové a zdraví

Romové jsou pouze odlišný antropologický typ v rámci naší rasy. Tělesné rozdíly mezi nimi a ostatními lidmi naší rasy jsou zanedbatelné. Přesto u nich můžeme pozorovat četnější poruchy způsobené například endogamií v minulosti. Příkladem je dětský glaukom. Častější je také výskyt infekčních chorob, jako je syfilis (i novorozenecký), nebo třeba žloutenky. Dále je zaznamenán vyšší výskyt úrazů a nehod, zejména zlomenin, popálenin, intoxikací. Pediatři se shodují v tom, že romské děti jsou v mnohem horším zdravotním stavu, než děti ostatní. Příčin je mnoho: nevyhovující bydlení, špatná životospráva, kouření a alkohol (a to i u matek během těhotenství), krátká doba kojení, nerespektování zásad péče o kojence, nevhodná strava, nedostatečná hygiena, neschopnost či neochota pečovat o svoje zdraví. K tomu se přidávají prohřešky dnešní doby v podobě rychlého šíření drog, časného sexuálního života, prostituce a podobně. (16, s. 38 – 40)

2.5.1 Faktory ovlivňující zdraví

Zdravotní stav Romů ovlivňuje mnoho faktorů. Mezi ty nejzásadnější patří vzdělání, bydlení, stravování a postoj k prevenci.

Vzdělání - Až donedávna navštěvovalo 60 – 80 % romských dětí zvláštní školy. Tím jejich vzdělávání obvykle skončilo. Jen asi 10 % z nich dosáhlo učňovského vzdělání, středoškolského necelá 3 % a vysokoškolského méně než 2 %. Navíc si Romové váží vzdělání velmi málo, jsou orientováni hmotně a snaží se po vnější stránce co nejrychleji

vyrovnat ostatnímu obyvatelstvu. V současné době si také zvykli na příjem v podobě sociálních dávek. Nižší úroveň vzdělanosti romské populace ve srovnání s jakoukoli sociální skupinou podobného charakteru je podstatným faktorem ovlivňujícím postoje ke zdraví. S dosaženou úrovní vzdělání pak úzce souvisí i uplatnění Romů na pracovním trhu. Nezaměstnanost dosahuje až 80 %. Pracovní pozice, které zastávají, jsou pak velmi špatně finančně ohodnocené, což má dopad na sociální a zdravotní stav a celkový způsob života romské populace. (10, s. 188), (17, s. 51, 56)

Bydlení - Romové žili dlouhá staletí kočovným způsobem života. Neustálá změna prostředí byla taktikou, jak se vyhnout nebezpečí. Obytným prostředkem byly vozy tažené koňmi, ty byly po nějaké době nahrazovány maringotkami a teprve později se začali Romové trvale usazovat v osadách, které se mnohdy rozrostly v ghetta. V současné době žijí převážně v nájemních bytech různých kategorií. Způsob bydlení hraje významnou roli v procesu integrace či izolace romské menšiny. Problémovou oblastí jsou sociálně vyloučené lokality na periferiích měst a obcí. Dalším specifikem je množství lidí obývajících jeden byt, které je průměrně dvojnásobné, než u ostatních obyvatel. Co se týče čistoty a pořádku, je známo, že většina romských bytů se skví čistotou, ale nikoho ani nenapadne starat se o čistotu veřejných prostranství. Jejich vandalství a neschopnost zacházet s majetkem pramení z hořkosti a vzdoru vůči majoritní společnosti. (13, s. 28), (27, s. 75)

Stravování - Jídelníček Romů byl tradičně chudý a jednostranný. Složení stravy záviselo na prostředí, ve kterém se rodiny právě pohybovaly. Nejčastějšími potravinami byla kukuřice, zelí, brambory, maso. Některé potraviny byly považovány za nečisté, a to zejména tehdy, pokud byly znovu ohřáté, spadly na zem nebo v nich byl nalezen vlas. Vařilo se jednou denně, každý ale jedl, kdy chtěl. Nepravidelné stravování je problémem i v současné době. Složení potravin je závislé na ekonomické situaci rodiny. Je zde zastoupeno velké množství moučných potravin, méně kvalitního masa a zcela nedostatečný přísun mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. Děti obzvláště nejsou ve výběru jídla omezovány a jedí velké množství sladkostí. (10, s. 188), (11, s. 19)

Prevence - Romská populace má velmi zúžené povědomí o významu prevence v oblasti zdraví. Zdraví pro ně představuje pouze nepřítomnost choroby a v momentě, kdy nepocítují žádné příznaky, nemají potřebu o ně pečovat. Matky příliš nedbají na preventivní prohlídky a pravidelné očkování svých potomků. Často dítě přivádějí k lékaři již v pokročilém stádiu onemocnění, kdy je nezbytná hospitalizace dítěte. V momentě, kdy zjevné příznaky nemoci odezní, přestávají dodržovat léčebný režim a dbát

doporučení zdravotníků. Je tedy důležité soustavně vysvětlovat rodině i dítěti, s ohledem na věk, jaké dopady může mít nedodržování těchto zásad na zdraví a další vývoj dítěte. (26, s. 33)

2.6 Předsudky a stereotypy, diskriminace

V multikulturním světě hrají předsudky a stereotypy významnou roli. Předsudek je určitý postoj, který si člověk osvojí vlivem prostředí. Podle něho posuzuje jedince, patřícího k určité skupině, jen na základě této příslušnosti, většinou i bez individuální zkušenosti. Často bývá negativní. Oproti tomu stereotypy jsou spíše mínění o jednotlivcích nebo skupinách, které slouží k utřídění informací o nich. Vytvářeny ale bývají ze špatných nebo nedostatečných informací, proto bývají nespolehlivé, i když jejich obsah může být i příznivý. Z předsudků a stereotypů může pramenit diskriminace, jež zvýhodňuje jednu skupinu vůči druhé. I ta může být jak negativní, tak pozitivní. Zvláštním případem je pak diskriminace rasová, která znamená jakékoli rozlišování nebo znevýhodňování založené na rase, národnostním nebo etnickém původu. Jejím cílem je znemožnit uskutečňování základních lidských práv a svobod v kterékoliv oblasti života, tedy i v oblasti zdraví a nemoci. (15, s. 7 - 38)

Většina společnosti vnímá Romy jako jeden celek, nedokáže se nad předsudky povznést a hodnotit každého člověka individuálně. Považuje je za hlučné, líné, nevzdělané a nepřizpůsobivé občany zneužívající sociální dávky. Mnohdy na základě negativní zkušenosti s jedním či dvěma členy této minority dochází ke stigmatizaci celého etnika. A právě to může být příčinou sociální distance až otevřeného násilí. (17, s. 46 - 49)

Ve zdravotnictví však něco takového, jako rasová nenávisť, diskriminace nebo násilí, nemá místo. Snahou zdravotnického týmu by mělo být vytvoření tolerantního prostředí bez předsudků, kde barva pleti, jazyk nebo etnická příslušnost nejsou důvody k odlišnému posuzování jedince jako takového. (11, s. 22 - 23)

2.7 Romské dítě

Věková struktura romské populace je v našich zemích velmi mladá a představuje takzvaný progresivní typ. Děti mladší patnácti let tvoří přibližně 40 % z celkového počtu této populace, zatímco u ostatního obyvatelstva se zastoupení dětí pohybuje mezi 19 a 25 %. (9, s. 166)

Dříve mělo romské dítě těžký život, nedostávalo se mu odpovídající péče a vzdělání, dnes má již mnohem větší pohodlí, lepší stravování i lékařskou péči. Problémem stále zůstává často nevyhovující bydlení a zejména pak špatná životospráva. (16, s. 103)

2.7.1 Výchova dítěte v rodině

Výchova dítěte v romské rodině není příliš autoritativní. Dítě není systematicky vedeno ke stálému a vytrvalému plnění nepříjemných povinností. Základem výchovy romských matek je, aby dítě bylo zdravé, veselé a najedené. Jejich působení je zaměřeno na praktický a citový život, sociální inteligenci a mezilidské vztahy. Rodiče jsou benevolentní, děti mají více prostoru a svobody projevit se, rozvíjet fantazii. Typickým znakem výchovy je kolektivismus, kdy všechno je všem, všichni si pomáhají. Individualita nemá v této menšině místo, důležitější je naučit se podřídit skupině. Dítě je velmi brzy vtahováno do záležitostí dospělých, je zvyklé účastnit se rozhodování spolu s ostatními, převládá pocit solidarity, což zcela odporuje našemu individualistickému chápání vztahů. I díky tomu romské děti nejsou příliš samostatné. Je to tím, že svůj život tráví mezi příbuznými a nejsou nuceni se rozhodovat sami za sebe. (26, s. 27)

2.7.2 Vlastnosti romských dětí

Protože většina romských dětí vyrůstá v prostředí benevolence, nepatří mezi jejich silné stránky samostatnost, vytrvalost, trpělivost. Tyto nedostatky se pak projevují zejména v porovnání s ostatními dětmi, například při nástupu do školy. Oproti tomu u nich můžeme pozorovat kladné vlastnosti jako je vstřícnost, upřímnost a otevřenost.

V oblasti pohybových schopností je dostatek přirozeného pohybu znát v hrubé motorice, která je dobře vyvinutá, zatímco úroveň motoriky jemné je nízká. Používání příboru, zavazování tkaniček nebo zapínání knoflíků činí těmto dětem problémy, neboť je tomu doma nikdo neučí, rodiče takové činnosti nepovažují za důležité. Slovní zásoba není většinou velká, dětem nikdo nečte, netrénuje s nimi říkanky a básničky, nemaluje s nimi. (4, s. 44)

Už v raném věku jsou Romové velice emotivně založeni, typická je rychlá vzrušivost a impulzivita. Na stres reagují ambivalentně, jsou buďto bojácní a labilní, nebo naopak výbušní až agresivní. Romské děti rychleji dospívají, bezstarostné dětství u nich většinou končí nalezením partnera a založením vlastní rodiny.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V PEDIATRII

Pediatric je základní lékařský obor zabývající se dítětem a dospívajícím ve zdraví a nemoci. K jejímu rozvoji došlo spolu se změnami v rozvoji společnosti v 19. století. Do té doby byla péče o děti spojena s léčením dospělých. V současné době je dětem poskytována péče primární, specializovaná i zvláštní a je prováděna lékařem s příslušnou kvalifikací.

S vývojem pediatrie je úzce spjato i ošetřovatelství a také vznik profese dětské sestry, která má v tomto oboru své nezastupitelné místo. Organizuje a řídí ošetřovatelskou péči o zdravé i nemocné děti včetně novorozenců a adolescentů a hojně se zaměřuje na spolupráci s rodinou v oblasti léčebné, preventivní a výchovné péče. Dětské sestry by měly být zapojovány do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu. Jejím hlavním cílem je podpora růstu a zdravého vývoje dítěte, snaha vytvářet optimální podmínky pro komunikaci mezi sestrou, rodinou a dítětem, budování přátelského vztahu založeného na důvěře. Dominantní úlohu hraje obhajoba práv dítěte, a to po stránce fyzické, psychické, sociální i emocionální. (21, str. 15 - 16), (26, s. 15)

3.1 Potřeby dítěte

Nemoc postihuje celou osobnost člověka. I dítě si svoji nemoc uvědomuje a nějak ji prožívá. Osobnosti malých pacientů jsou stejně rozdílné jako osobnosti všech ostatních lidí. Proto je zásadní přizpůsobit ošetřovatelskou péči individuálně každému dítěti, odstupňovat přístup i výchovné působení jeho věku a vyspělosti a zaměřit se na jeho aktuální potřeby. (19, s. 63 - 64)

V případě, že některé z potřeb nejsou dlouhodobě nebo krátkodobě ale intenzivně uspokojovány, může dojít k frustraci dítěte, případně k ještě vážnějšímu důsledku, jímž je deprivace. Deprivace, a to zejména psychická, je výsledkem životní situace, kdy dítě strádá nedostatkem „něčeho“. Takový stav přímo ohrožuje duševní vývoj a duševní zdraví dítěte. Dochází ke změnám na úrovni biologické, jako je únava a vyčerpanost, ke změnám nálad, k apatii nebo neklidu, k agresivitě malého pacienta. Problémy nastávají i v oblasti komunikace s dítětem, k poklesu jeho sebedůvěry a ke změnám v sebepojetí. (22, s. 36 - 37)

Z holistického hlediska lze potřeby rozdělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. V praktické rovině se však jednotlivé úrovně vzájemně prolínají. Podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa dělíme potřeby podle naléhavosti jejich plnění na nižší a vyšší. Dokud není uspokojena potřeba nižší, nemůže člověk uspokojovat tu vyšší. Toto třídění je nazýváno „Pyramidou potřeb“. (viz příloha č. 3) U dětí se setkáváme spíše s potřebami nižšími, ostatní se objevují postupně s jejich vývojem. Například potřeba seberealizace se rozvíjí až u adolescentů. Nejdominantnější je u dětí potřeba bezpečí a jistoty, významná je také potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti. (22, s. 16 - 18)

3.2 Ošetřovatelský proces v pediatrii

I v pediatrii umožňuje organizovaný a systematický přístup k dítěti a jeho doprovodu metoda ošetřovatelského procesu. Ta pomáhá sestře diagnostikovat a řešit problémy dětského pacienta v každém prostředí s ohledem na vývojová specifika dítěte. Kromě jiného se zaměřuje na rodinu, která jí umožňuje lépe poznat a uspokojovat potřeby dítěte. (21, s. 18), (22, s. 25)

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti částí, které jsou akceptovány i v podmínkách současné české pediatrické ošetřovatelské praxe. Jedná se o posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení.

Posouzení - probíhá průběžně po celou dobu ošetřování a zahrnuje sběr dat, ověřování a třídění informací o zdravotním stavu a individuálních potřebách dítěte.

Diagnostika - znamená analýzu a interpretaci výsledků pozorování a fyzikálních potřeb, zvažování rizik a hodnocení stavu potřeb pacienta. V současné době je vhodnou diagnostickou metodou některá z taxonomií, která zahrnuje názvy, definice a charakteristické znaky ošetřovatelských diagnóz.

Plánování - vytváření ošetřovatelských intervencí zaměřených na péči o zdravé či nemocné dítě a zabezpečení jeho optimálního vývoje. Specifikem v pediatrickém ošetřovatelství je zaměření na spolupráci s celou rodinou a na edukaci v rámci rodiny.

Realizace - provedení činností, které jsme si naplánovali.

Hodnocení - zhodnocení, zda bylo dosaženo stanovených cílů nebo je třeba stanovit cíle nové, vzhledem k aktuálním potřebám dítěte. (22, str. 2 - 27)

3.3 Specifika ošetrovatelského procesu v transkulturním ošetrovatelství

Ošetrovatelský proces je metódou péče i v rámci transkulturního ošetrovatelství. Jeho prioritou je uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klienta s přihlédnutím ke kultuře, ze které pochází. Zdravotník v jeho průběhu získává informace o etnických zvláštностech pacienta, což mu umožní lépe hodnotit jeho potřeby a naplánovat vhodnou kulturně senzitivní péči. Mezi tato specifika patří například etnická příslušnost, rodný jazyk, náboženství a víra, sociální a ekonomické postavení rodiny, postoj ke zdraví a třeba také stravovací a pohybové zvyklosti nemocného. Na základě zjištěných skutečností pak sestřa sestaví ošetrovatelský plán. Pomocí sestřských diagnóz definuje aktuální i potenciální problémy, stanoví ošetrovatelské cíle a pomocí intervencí realizuje plán kulturně uzpůsobené péče. K úspěšné realizaci jí může pomoci respektování jedince a jeho názorů, podpora jeho kulturních návyků, uvědomění si specifík v chování a komunikaci, ale i vlastních předsudků a přijatých stereotypů. Při hodnocení výsledků, kterých sestřa dosáhne, by pak neměla zapomínat na sebereflexi, která jí pomůže zdokonalit své dovednosti a poznat lépe své vlastní hodnoty a přesvědčení, její zkušenosti pak mohou být ku prospěchu dalším klientům i ostatním členům ošetrovatelského týmu. (1, s. 103 - 114)

4 SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ ROMSKÉHO DÍTĚTE

Zdravotník pečující o děti by měl kromě důkladných vědomostí oplývat živým zájmem o děti a trvalou snahou jim porozumět. Svým klidným, laskavým a vřelým chováním může ovlivnit chování dítěte, jeho adaptaci na nemoc a hospitalizaci, jeho postoj k lékařům a sestřám. (19, s. 64)

Při ošetřování romského dítěte, jakožto člena specifické etnické skupiny, je v první řadě potřeba rozpoznat a uvědomit si rozdíly a kulturní odlišnosti. K tomu je nutné aktivně se zajímat o prostředí, ze kterého dítě přichází, pátrat po informacích o jeho kultuře a následně se snažit této kultuře porozumět. Sestra musí disponovat obrovskou dávkou trpělivosti, neboť spolupráce s romským pacientem a jeho rodinou není nikdy jednoduchá. V péči o tyto pacienty však musí postupovat podle stejných etických a kulturně společenských pravidel a principů jako při ošetřování pacientů ostatních odlišných kultur, a tento fakt nelze přehlížet ani bagatelizovat. (14, s. 5).

4.1 Hospitalizace romského dítěte

Hospitalizace přináší každému dítěti pocity úzkosti, strachu a nejistoty. U romských dětí tomu není jinak. Často přicházejí k hospitalizaci ze zcela odlišného prostředí, s nedostatečnou úrovní sebek péče a navíc s obrovským sociokulturním hendikepem. Pro zdravotnického pracovníka je důležité specifika této etnické skupiny znát a umět je vhodně aplikovat do ošetrovatelské péče.

4.1.1 Přítomnost rodiče

Pro každé hospitalizované dítě je největší oporou přítomnost rodiče, především matky. Ta posiluje jeho pocit bezpečí a jistoty, upevňuje vzájemný vztah mezi ní a dítětem. Pod vedením ošetrojícího personálu si může rodič osvojit některé dovednosti k dalšímu ošetřování malého pacienta doma. (19, s. 60 - 61)

Romské dítě má jistou výhodu v tom, že se na určitý čas dokáže bez matky obejít. To však platí o dětech starších, které jsou zvyklé z domova starat se sami o sebe i o mladší sourozence. Oproti tomu nejsou tyto děti zvyklé pobývat v postýlkách, ohrádkách nebo jinak omezeném prostoru. Romské dítě doma neustále někdo chová, někdo nosí, případně

se volně batolí po celém bytě. Často spí v jedné posteli s rodiči nebo sourozenci. Proto je pobyt v nemocnici bez matky nejnáročnější pro dítě v batolecím věku, protože převážnou část dne tráví právě v postýlce. Takové dítě často propláče několik dní, je apatické, odmítá jídlo a pití, brání se kontaktu s ošetřujícím personálem a stoupá u něj riziko vzniku hospitalismu.

V současné době je apelováno na matky, aby byly přijímány k hospitalizaci s dítětem. U romských matek je problémem přítomnost dalších malých dětí v rodině, o které se musejí starat. Většinou tedy hospitalizaci odmítají, což je někdy zdravotníky chápáno jako neochota pečovat o své dítě v nemoci nebo neschopnost vzdát se vlastního pohodlí. Pokud s dítětem zůstanou, problémem bývá časté opouštění oddělení pod různými záminkami, návštěvy širokého příbuzenstva v kteroukoliv denní dobu a nedodržování léčebného režimu. Musíme mít ale na paměti, že jejich role rodiče v nemocnici na ně klade veliké nároky. Ocitají se v neznámém prostředí, bez podpory širší rodiny, bez soukromí, možnosti odpočinku. Jsou zavaleni spoustou informací a nových poznatků. Mnozí nejsou schopni tuto situaci zvládnout bez opakované podpory rodiny nebo pomoci zdravotníka. Proto je důležité tyto situace řešit individuálně, neboť přítomnost blízké osoby je pro hospitalizované dítě vždy přínosem. (20, s. 154 - 157)

4.1.2 Adaptace

Každé dítě prožívá hospitalizaci svým vlastním způsobem. Adaptace na nemocniční prostředí probíhá v několika fázích - fázi protestu, zoufalství a odpoutání se od matky. Sestra by měla tato stádia znát a vědět, jak s dítětem pracovat, aby mu adaptaci na nemoc a nové prostředí ulehčila. Také empatie a bezpodmínečně kladné přijetí pacienta jsou základními a nezbytnými podmínkami dobrého vztahu mezi sestrou a nemocným. (6, s. 70)

Psychika romských dětí je v mnoha ohledech odlišná od dítěte majority, proto je nutné, aby měl zdravotník znalosti právě v oblasti multikultury a mohl je uplatnit v ošetřovatelském i edukačním procesu. Výsledkem multikulturního přístupu může být včasné rozpoznání maladaptivního chování u dítěte a intervence, kterými je možné předejít možnému hospitalismu. (26, s. 29)

Významnou roli v adaptačním procesu hraje například interakce s ostatními dětmi. Ve zdravotnickém zařízení přichází malý pacient do kontaktu s dětmi majoritní společnosti nebo s dětmi z dalších etnických skupin. Pro romské dítě může být neromský kamarád prestižní záležitostí. Takových kamarádů ale nemívá mnoho, a když už ano, jedná

se většinou o děti z podobně sociokulturně znevýhodněného prostředí. Přitom i pro dítě české národnosti je kontakt s kamarádem jiného etnika přínosem a může posílit dobrý vztah k národnostem, se kterými se v budoucnu bude setkávat. (16, s. 117)

Velmi vhodné je proto při přijímání k hospitalizaci volit pro romské dítě pokoj, kde nebude samo. Na samotu a soukromí totiž není zvyklé, mohlo by se cítit sklíčeně. Může se ovšem stát, že její ostatní děti mezi sebe nepřijmou a rázem se ocitá v nepřátelském prostředí. V takovém případě může zareagovat zlobně, nepřátelsky až agresivně. (3, s. 346), (25)

4.2 Bolest

Pro Romy je typický obrovský strach z bolesti a ze smrti. Díky tomu se stávají velice náročnými pacienty. Zejména ženy jsou na bolest velmi citlivé, verbálně na ni upozorňují, nařikají, pláčou. Často bolest zveličují a požadují nadměrné podávání analgetik.

Přes různé mýty prožívají bolest i děti, i když jiným způsobem než dospělí. Pro svoji fyzickou i psychickou nevyzrálost se s ní nedokážou snadno vyrovnat. Měli bychom jim dát možnost vyjádřit své pocity a emoce, i kdyby reagovali neadekvátně, neboť i taková reakce může být způsobem, jak bolestivou situaci zvládnout. Projevy a prožívání bolesti se liší podle věku a jsou vždy subjektivní. Reakce dětí na bolest však bývá stejná, bez ohledu na etnickou příslušnost. Kulturní vliv však může být zásadním faktorem, který u dětí vnímání bolesti ovlivňuje. (21, s. 120 - 128), (26, s. 34)

4.3 Komunikace

Komunikovat ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit. Rozhovorem získáváme od pacientů informace, na nichž závisí jejich zdraví, a sdělujeme mnohdy i nepříjemné skutečnosti ovlivňující jejich další život. (19, s. 13)

V multikulturním ošetřovatelství je pak nacházení vhodného způsobu komunikace nezbytné, neboť nedostatek informací může způsobit mnoho nepříznivých emocí pramenících z narušení pocitů bezpečí a jistoty každého jedince. (24, s. 66)

4.3.1 Komunikace s romským pacientem a jeho doprovodem

Komunikace s Romy probíhá v rámci celé rodiny a bývá velmi obtížná. Často se dožadují informací od nejvyššího představitele oddělení a při nesplnění požadavků se projevují nepřátelsky až agresivně. Vhodné je zjistit, komu poskytnout informace a kdo bude se zdravotníky za rodinu jednat. Většinou to bývá mužská hlava rodiny, v případě onemocnění dítěte to může být i matka. (23, s. 45)

Pozitivní vztah je vhodné navázat již při prvním kontaktu s rodiči. Je dobré chovat se k nim trpělivě, vlídně a pozorně, projevit zájem o celou rodinu. S rodiči je třeba jednat jako s partnery, s respektem, ale neústupně. Je dobré nešetřit pochvalou i při dosažení malého úspěchu ve spolupráci, výtky sdělovat velmi opatrně. (17, s. 60)

Dorozumívát se můžeme verbálně, tedy pomocí slov, případně jiných znakových symbolů, a neverbálně, takzvanou řečí těla. Romové mají extrémně vyvinutý smysl zejména pro komunikaci neverbální a specifické umění empatie. Dorozumívání probíhá pomocí mimiky, gestiky, haptiky, posturologie i kineziologie. Mistrně ovládají dovednost číst z řeči očí a pohledů. (13, s. 76)

Zásadním problémem v komunikaci se může stát jazyková bariéra. Přestože současná romská populace je již gramotná a česky hovoří, její slovní zásoba je omezená. Některá česká slova mají v romském jazyce odlišný význam, jejich užití pak může být příčinou nedorozumění. V rodinách se mluví stále méně i romsky, neboť ve snaze o asimilaci bylo na Romy v minulosti dlouho tlačeno, aby na svůj vlastní jazyk zapoměli. Výsledkem spojení nedokonalé češtiny, slovenštiny a romštiny je takzvaný romský etnolekt češtiny, který je ostatním lidem těžko srozumitelný. Při rozhovoru s pacientem je tedy třeba neustále se ujišťovat o tom, že podávané informace jsou srozumitelné oběma stranám, případně je několikrát zopakovat a ověřit si jejich pochopení. (28, s. 152)

Dalším specifickým romského etnika je absence zvyku prosit a děkovat. Romština nezná slovo „prosím“, proto jej Rom téměř nepoužívá. Slovo „děkuji“ sice existuje, ale jeho vyslovení je spíše výjimečné. Neděkuje se za jídlo ani jiné materiální věci. Místo toho se spíše chválí. S benevolentní výchovou pak souvisí i sporadické užívání slov „musíš“ a „nesmíš“, dítě je tudíž nerespektuje, což může vypadat jako neposlušnost nebo nevychovanost. (12, s. 122)

Zapomenout nesmíme ani na projevy emocí. Ty bývají často vyhrocené, vzhledem k intenzivnímu prožívání, které je pro toto etnikum typické. Romové křičí, pláčou,

nadávají, dávají tím najevo, že jim na člověku nebo na věci záleží. Je dobré být na tyto projevy připraven a nebát se jich. Nejvýraznější emocí Roma je strach. Ten je často násoben pocitů méněcennosti, které jsou typické pro každou utlačovanou menšinu, a které v nich majoritní společnost po léta pěstuje. Nezvládnutý strach se pak může projevit arogantním nebo agresivním chováním, podáváním dezinformací a zdánlivě iracionálním únikem ze situace. Při vyjednávání musíme s takovým chováním počítat a ujistit klienta o bezpečí a ochraně. (29, s. 24), (23, s. 48)

4.3.2 Zásady komunikace s romským dítětem

Základem pro komunikaci s dítětem odlišné kultury je nepředpokládat, že je stejné jako my. Není. Při komunikaci je důležité získat si nejprve jeho důvěru, nebát se blízkosti, doteku. Ke každému jedinci přistupujeme individuálně, podle jeho potřeb. Přednost před písemným projevem dáváme mluvenému slovu, používáme jasné a jednoduché výrazy, vyvarujeme se výrazům odborným. Zpětně si ověřujeme porozumění podávaným informacím. (10, s. 191)

U Romského dítěte dostatečnou pozornost věnujeme také komunikaci neverbální. Obzvláště významná je mimika a řeč očí. Ve tváři dítěte se zrcadlí jeho prožívání – strach, bolest, radost, smutek. Proto je nesmírně důležitý přímý oční kontakt, během kterého nesmíme zapomenout dodržet zrakový horizont, přizpůsobit svoji pozici výšce dítěte. Některé neverbální projevy jsou však stejné bez ohledu na původ, například úsměv má na celém světě stejný význam. Pro dítě je pak úsměv na tváři sestry tím nejdůležitějším projevem. (19, s. 80)

Problémem v komunikaci s dítětem tohoto etnika může být lhavost. Lest je zbraní slabých a Romové se v ní pod tlakem nutnosti perfektně vycvičili. Její příčinou může být neochota ukázat se ve své skutečné podstatě. Jejím projevem bývá všeobecné, principiální nedodržování jakýchkoliv domluv a slibů. Rom má sklon nejen záměrně klamat, ale také stylizovat podle toho, co od něj chce někdo slyšet. U dětí je pak chronická lhavost běžná, i když často nedává smysl a nechápeme, co by z ní dítě mohlo mít. Důvodem může být snížená schopnost oddělit realitu od fantazie, snů a vzpomínek, kterým je v jeho životě přikládán obdobný význam. Proto je nutné brát informace poskytnuté dítětem jako relativní a umět s nimi dále pracovat. (11, s. 18), (13, s. 83), (16, s. 63)

Umění komunikovat má při péči o pacienta jiného etnika svůj nezastupitelný význam. Ve snaze pomoci osvojit si toto umění sestavila Tatiana Šišková základní doporučení při komunikaci s Romem, která uvádí ve své knize *Menšiny a migranti v České republice*:

- nespěchat, být trpělivý
- vnímat mimoslovní komunikaci a umět dávat inovace i řečí těla
- nekritizovat negativně před velkým kolektivem, spíše v soukromí
- ověřovat si sjednané termíny
- nebát se neblízkosti, dotyku
- nebát se emocí – svědčí o angažovanosti člověka, nikoliv o výzvě k souboji
- mluvit jasně, věcně, stručně, konkrétně
- diferencovat, ke každému přistupovat podle individuálních potřeb
- používat zpětnou vazbu
- respektovat hodnotový systém romského etnika. (18, s. 148)

4.4 Hra a trávení volného času

Hra je přirozenou činností všech dětí. Pěstuje motorické dovednosti, schopnost soustředění, rozvíjí fantazii. V nemoci odpoutává pozornost od bolesti a navozuje subjektivní pocit radosti. Je ale také významnou výchovnou strategií. Obsahuje pravidla, která se dají nastavovat v souladu s vyspělostí a schopnostmi dítěte. Posiluje zdravé sebevědomí a schopnost být úspěšný. Bohužel ale i u hry narážíme na fakt, že romské děti nemají na čem stavět, systém jednání a uvažování, který si přinášejí z rodiny, je nedostatečný k zapojení se do běžných herních aktivit mládeže majoritní společnosti. (21, s. 152)

Romské děti jsou velmi živé, hlučné, hravé. Svůj volný čas jsou zvyklé trávit převážně venku se svými sourozenci a kamarády. Rodiče jejich zábavu příliš nekorigují. Organizovanou zábavu tvoří převážně sledování televize, poslouchání hudby nebo časté návštěvy a povídání si. Chybí knížky, kreslicí potřeby, tvořivost podněcující hračky a sportovní výbava. Tím trpí nejen jemná motorika, ale i fantazie dítěte. (25)

Pokud chceme hospitalizované romské dítě zabavit a zapojit do nějaké činnosti, jediným hnacím motorem je motivace. Tou bývá nejčastěji bezprostřední požitek nebo

materiální odměna. Je důležité dítěti stanovit krátkodobé a dosažitelné cíle s jasnou a reálnou odměnou. (26, s. 30 - 31).

4.5 Léčebný režim

Děti Romů mnohdy vyrůstají v rodině, kde jsou oba rodiče nezaměstnaní, kde tedy časové členění dne není důležité. V dětech není utvářen smysl pro časovou souslednost vytvářející základ denního režimu nebo nějakého řádu. Navíc je každý den jako ten druhý, všední den jako víkend či svátek. Chybí radost z práce, zdravá únava a touha po zaslouženém odpočinku a relaxaci. (25)

Základní filozofií Roma je orientace na současnost, čas chápe odlišně, proto nedokáže plánovat, myslet na budoucnost. Je pro něj typická malá vytrvalost, trpělivost a slabá vůle. Nedokáže obětovat své pohodlí. (10, s. 188)

Na rozdíl od běžné výchovy nejsou romské děti vychovávány k odložení „libého“, což je základem kázně a sebekázně každého jedince. Romské dítě jí, když má hlad, vstává, když se probudí, a jde spát, když je ospalé, v jakoukoliv dobu. Proto je pro něj velký problém přivyknout si kázni a řádu v nemocničním zařízení. Doma nebývá zavřené v postýlce a nikdy není samo. Neustále jej někdo nosí, někdo chová, někdo na něj mluví nebo mu zpívá. Nemusí být neustále ve střehu, aby něco neudělalo špatně. (16, s. 45)

Hospitalizací se pro takové dítě všechno mění. Navíc jej nemoc velmi vyčerpává, všechny své 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 doma, aby se cítilo dobře. Vhodné je nechat jej občas o něčem rozhodnout, vyhovět mu a vyjít mu vstříc. Posílíme tím jeho pocit, že má situaci pod kontrolou, což může kladně ovlivnit spolupráci s ním. (21, s. 140 - 141)

4.5.1 Návštěvy

Návštěvy poskytují nemocným dětem citové uspokojení styku se známými a milými osobami a zbavují je pocitu osamělosti. Při hospitalizaci jednoho člena romské rodiny můžeme očekávat starostlivost širokého příbuzenstva. U dítěte toto pravidlo platí obzvlášť. Příbuzní dokážou čekat celé hodiny na výsledky vyšetření, shlukují se na pokoji nemocného, jsou hluční a často narušují klid ostatních pacientů. Nerespektují soukromí, neboť jej sami nevyžadují. Dožadují se návštěv v kteroukoliv denní i noční dobu,

opakovaného podávání informací i vzdáleným osobám. Požadují zvláštní zacházení, občas i s odvoláním na rasismus, pokud jim není vyhověno. Mnohdy tím narušují řád celého oddělení. Přesto je v zájmu dítěte, aby byla přítomnost rodiny umožněna. Styk dítěte v nemocnici s rodinou bývá vydatnou pomocí v úsilí zajistit mu co nejlepší duševní pohodu. (19, s. 70 - 71)

4.5.2 Edukace romských dětí a rodičů

Edukace, jakožto proces učení a výchovy, se v případě dětí praktikuje během celého ošetřovatelského procesu. V oblasti dodržování léčebného režimu a užívání léků by měli být v tomto procesu partnerem sestry také rodiče. V případě romských dětí, kdy nedochází k dodržování a shledávání důležitosti těchto pravidel ani u rodičů, bývá spolupráce složitá a náročná. (26, s. 33)

Nedostatek soustředěnosti, krátkodobá pozornost, pasivní přístup k informacím, chybějící motivace, pomíjivost zájmu a absence radosti z poznávání a řešení úkolů, to vše jsou překážky ve snaze o smysluplnou výchovu a edukaci. Romské dítě si tyto nedostatky vynahrazuje vyšší spontánností, muzikálností, estetickým cítěním a pohybovými dispozicemi. Ty sice napomáhají osobnostnímu rozvoji, ale také vyžadují právě chybějící trvalost motivace, cílenosti, houževnatosti a osobní zodpovědnosti. Dětem chybí orientace na výkon a plnění úkolů pak přirozeně přináší neúspěch živící nízké sebevědomí. Opakovaný neúspěch při konfrontaci s majoritní skupinou plodí rezignaci na dobré výsledky. Přesto, nebo právě proto, je třeba najít způsob, jak dětem poskytnout vhodné informace, jak je naučit něčemu novému a jak je získat pro spolupráci v léčebném procesu.

Informace je třeba poskytnout dítěti způsobem přiměřeným jeho věku a chápání. Důležité je podávat je opakovaně, srozumitelnou formou a s notnou dávkou trpělivosti. Vyvarujeme se kritiky, naopak pochvala i za malý úspěch je vhodná. Návčik edukačních činností je třeba naplánovat na příhodnou chvíli a jednotlivé činnosti často měnit. Počítat je třeba s tím, že Romské dítě většinou není trpělivé ani vytrvalé. Důležité je především dítě zaujmout a zaměřit se na dosažení alespoň krátkodobých cílů. (20, s. 156)

5 POSTOJ SESTER K DĚTSKÉMU ROMSKÉMU PACIENTOVI

Romský pacient je vůči ošetřujícímu personálu přirozeně nedůvěřivý. Získání důvěry je tedy zásadním předpokladem pro spolupráci s dětským pacientem i s celou jeho rodinou. Sestra musí při ošetřování dítěte romského etnika ke každému jedinci přistupovat individuálně, s ohledem na jeho specifické vlastnosti a potřeby, s respektem a empatií. Ovšem chceme-li poskytnout dítěti tu nejlepší péči, je třeba nevázat se tolik na konkrétní etnikum, z něhož dítě pochází, ale raději mít oči, uši a srdce otevřené k projevům toho kterého dítěte, abychom ho poznali a pochopili bez předsudků a připravených závěrů. Jedině tím mu pomůžeme zvládnout zátěž nemoci. (6, s. 69)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝBĚR, FORMULACE A VYMEZENÍ PROBLÉMU

Zájem zdravotníků o multikulturní / transkulturní ošetrovatelství stále roste. Medicína začala uznávat, že v péči o pacienty hrají kulturní, etnické a náboženské faktory významnou roli. Zdraví a nemoc jsou hodnoty, které jsou rozdílnými kulturními skupinami chápány odlišně, a zdravotnický personál musí brát tato specifika na zřetel při zacházení s nemocnými a jejich příbuznými. Tato problematika se ovšem netýká jen imigrantů a cizinců pracujících v České republice, ale i etnické skupiny žijící s námi již několik století – tedy Romů.

Problematikou ošetrování pacienta – Roma se zabývá nejedna učebnice či odborná práce. Romové prošli dlouhou cestu, na níž byli různými režimy perzekuováni, utlačováni, nebo naopak podporováni a zvýhodňováni. Proto neměli šanci vytvořit si zdravé návyky v péči o své zdraví. Nedostatečné vzdělání a tíživá sociální situace ještě zhoršují spolupráci zdravotníků s touto menšinou a výsledkem jsou pak často zanedbané příznaky, chronické nemoci a opakované hospitalizace.

Jaká je tedy reálná situace v našich nemocnicích? Znají naše sestry specifika péče o klienta z této minority a dokážou profesionálně řešit problémy, které mohou nastat v každodenní praxi? Ovládají umění komunikace s dítětem jiného etnika a jeho rodinou? Těmito otázkami bych se ráda zabývala, ovšem svůj zájem směřuji hlavně k dětskému pacientovi. Péče o nemocné dítě je variabilní sama o sobě. Když navíc přichází z odlišného kulturního prostředí, s jinými zvyky a postoji, jeho situace se rázem stává složitější.

Jak na tuto problematiku nahlízejí samy dětské sestry, čím je ovlivněn jejich přístup ke klientovi, a zda se odlišné kultury pacientů a zdravotníků dokáží spojit v boji o zdraví dítěte, na to bych chtěla najít odpovědi ve své práci.

7 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé práce je zmapovat znalosti sester v oblasti kulturně senzitivní péče zaměřené na dětského romského pacienta.

7.1 Dílčí cíle

Cíl 1 - zjistit, zda sestry na dětských odděleních znají kulturní zvyklosti v romských rodinách a dokážou jim přizpůsobit svou péči o hospitalizované dítě.

Cíl 2 - zmapovat nejčastější problémy, se kterými se sestry při ošetřování romského dítěte setkávají.

Cíl 3 - získat informace o znalosti pravidel komunikace s dítětem a rodinou této menšiny.

Cíl 4 - prozkoumat, zda je práce sester ovlivněna předsudky vůči romské populaci.

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Znalí sestry pracující na dětských odděleních specifické vlastnosti romských dětí a uplatňují při jejich ošetřování kulturně senzitivní péči?

2. Jaká oblast ošetrovatelské péče o romského dětského pacienta se jim jeví jako nejproblematictější?

3. Ovládají techniku komunikace s romským dítětem a jeho rodiči?

4. Dokáží se vyrovnat s předsudky a stereotypy a zaměřit svoji energii na zlepšení spolupráce s romským dítětem a jeho rodinou v oblasti péče o jeho zdraví?

9 METODA SBĚRU DAT

Jako metodu získání informací jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Prostřednictvím rozhovorů se sestrami pracujícími na dětských odděleních jsem zjišťovala jejich osobní názory i profesionální postřehy získané během jejich profesní kariéry. Některá témata se zdála choulostivá a vyžadovala získání důvěry respondentek, a proto byly rozhovory prováděny opakovaně. Mojí snahou bylo proniknout do hloubky problému a získat možné podněty pro zkvalitnění péče v dané oblasti. Rozhovory jsem volila polostrukturované, otázky jsem si předem připravila a byla hotova je pozměnit dle aktuálního vývoje. Odpovědi jsem s dovolením respondentek nahrávala na diktafon a následně přepisovala.

Rozhovory probíhaly v říjnu a listopadu 2013.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro svoje výzkumné šetření jsem si zvolila všeobecné a dětské sestry pracující na standardních dětských odděleních nemocnic bývalého okresního typu, nyní patřících do Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje, a. s. Hlavním důvodem byla moje osobní zkušenost s prací v takovém lůžkovém zařízení a zjištění, že romští pacienti navštěvují raději tento typ nemocnic pro jejich rodinnou atmosféru a pocit bezpečí, který v nich známé prostředí vyvolává.

Všechny čtyři respondentky pravidelně pečují o romské děti a ve své praxi se s nutností specifického přístupu k těmto malým pacientům a jejich rodinám setkávají poměrně často. Aby bylo možné jejich znalosti a zkušenosti porovnat, volila jsem dvě sestry s klasickým středoškolským vzděláním a dvě respondentky se vzděláním vyšším než středoškolským, a s rozdílnou délkou praxe.

Dotazované sestry souhlasily s uveřejněním našich rozhovorů v mé bakalářské práci. Byly ujištěny o zachování anonymity, o kterém jsem s nimi sepsala dohodu. (viz příloha č. 4)

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

11. 1 Rozhovor 1

První respondentkou je žena středního věku, pracující jako dětská sestra u praktického lékaře pro děti a dorost. Na částečný úvazek je zaměstnána také na dětském oddělení nemocnice okresního typu. Je velmi pracovitá, aktivní a mezi pacienty oblíbená. Na otázky odpovídala přirozeně a bez zábran.

Pracujete již dvacet let u praktického lékaře pro děti a dorost. Jak dlouho k tomu ještě vypomáháte na dětském oddělení a proč?

„Na oddělení jsem přišla asi před pěti lety a bylo to hlavně z finančních důvodů. Práce na obvodě mě baví a uspokojuje, ale peněz jsem tam měla opravdu málo. Nejprve jsem se bála, jak práci v provozu budu zvládat, ale pak jsem byla ráda, že se naučím ještě něčemu novému.“

Jaké je Vaše vzdělání?

„Vystudovala jsem Střední zdravotnickou školu. Tehdy to byla jediná škola ke vzdělávání sester.“

Jak často se při své práci setkáváte s dětmi odlišného etnika?

„Na obvodě máme jen několik dětí vietnamských, několik Ukrajinců a asi tři rodiny romské. A vlastně ještě jednoho černouška. Ten má ale maminku Češku žijící v zahraničí, jeho tady vychovává babička. Na oddělení se setkávám s cizinci častěji. Romy bych mezi cizince nezařadila, ale jiné etnikum to je, takže s nimi jsem v kontaktu také.“

Jsou podle Vás romské děti na Vašem oddělení hospitalizovány častěji než děti ostatní?

„Nemám ten pocit. Vzhledem k tomu, kolik romských dětí kolem nás běhá, tak těch hospitalizovaných zase tolik není. Jsou určité konkrétní děti, které tam máme opakovaně, a určité rodiny, které mají opakovaně hospitalizované všechny své děti. Ale takové rodiny jsou i některé neromské, hlavně ty sociálně slabší. Ale když to porovnáím třeba s dětmi vietnamskými, tak ty vidáme v nemocnici spíš jenom výjimečně.“

Čím si myslíte, že to je?

„Vietnamské děti vůbec nemarodí. Na obvodě je vidíme maximálně jednou za rok, třeba při preventivní prohlídce. Myslím si, že i romské děti jsou celkem zdravější, než ty ostatní. Pak ale stačí obyčejná rýma a už se běží k lékaři.“

S jakými onemocněními jsou tedy romské děti nejčastěji hospitalizované?

„Určitě jsou to ty „rýmičky a kašlíčky“. Malé děti nikdo neodsává, ty větší nikdo neučí smrkat. Navíc se doma kouří, což jim moc nepřidá. Rychleji pak dojde ke komplikacím a rozjedou se bronchitidy. Takže vesměs jsou to respirační onemocnění. Na druhé místo bych dala asi průjmová onemocnění a bolesti břicha. Tady bych řekla, že je nejčastější příčinou dietní chyba.“

Znamená to, že se romské děti stravují špatně?

„Stravují se jinak. V první řadě nedodržují žádné zásady zdravé výživy, jedí nepravidelně a nezdravě. Nejhorší je, když něco slaví. To neznají míru a končí to právě třeba zvracením.“

Jsou děti z této komunity hospitalizovány spíše samy nebo s doprovodem rodičů?

„Určitě samy. Některé matky s nimi zůstávají, ale moc často to není.“

Proč myslíte, že to tak je?

„Asi si chtějí od nich odpočinout. Nemocné dítě potřebuje větší péči a to je obtěžuje. Zdůvodní to tím, že mají doma další děti, o které se musí starat.“

A co tatínkové?

„Nikdy jsme žádného hospitalizovaného neměli. Nestarají se o děti ani doma, to je ženská práce, takže věnovat se jim 24 hodin denně je na ně příliš. Když je v nemocnici s dítětem matka, oni doma povolají babičky, tetičky, sestry a ty se o domácnost postarají, takže pro ně se vlastně nic nezmění. Teď jsem si vzpomněla...jednou jsem tatínka přece jen zažila. Zůstal na oddělení s třináctiletou dívkou, ale nevydržel to ani těch 24 hodin. Pak zjistil, že to nezvládá, a snažil se, aby byla holčička propuštěna. Když mu lékaři nevyhověli, tak se radil po telefonu s manželkou, revers odmítl podepsat a nakonec oddělení opustil a holčičku tam nechal samotnou. Ona už byla velká a bez něho to zvládala“

dobře, dokonce bych řekla, že lépe. Jen jsme nikdo nepochopili, proč tam s ní vlastně zůstával. Asi chtěl ukázat, že je vzorný otec, ale dlouho mu to nevydrželo.“

Probíhá tedy léčba na oddělení jinak, je-li s romským dítětem doprovod?

„Lepší je, když jsou tam děti samy. Jsou mnohem hodnější a lépe spolupracují. Rodiče jsou konfliktní, hluční, dělají dusno. A dítě se je samozřejmě snaží napodobit a chová se obdobně. Bohužel, čím starší je takové dítě, tím je problematictější. Nejlepší spolupráce je tak s dětmi do tří let.“

Zjišťujete při příjmu pacienta z této komunity, jaké si z domova přináší zvyky, jaké má rituály, stravovací návyky, denní režim?

„Na tohle se ptáme všech dětí nebo rodičů. Žádné rozdíly v tomhle neděláme. Samozřejmě se ptáme, co dítě umí, co mu dávají jíst, jestli chodí do školky. Ale jak jsem řekla, zjišťujeme to u všech bez rozdílu.“

Pokud zjistíte odlišnosti v některé oblasti výchovy, přizpůsobíte těmto specifikům ošetrovatelskou péči?

„My se určitě pokusíme vyjít vstříc každému, pokud je to v našich silách. A pokud to režim na oddělení dovolí. Samozřejmě, že na nás občas přijdou i s něčím, co se prostě zorganizovat nedá. Ale snaha je vždycky jak u romských, tak i u všech ostatních dětí.“

Můžete mi říct nějaký konkrétní příklad, kdy jim vycházíte vstříc?

„Tak třeba návštěvy. Máme dané návštěvní hodiny, ale umožňujeme rodičům, aby byly s dětmi 24 hodin, a ostatní mohou přijít po domluvě kdykoliv. Nebo třeba denní režim. Ráno děti necháváme spát tak, jak dlouho potřebují, nebudíme je kvůli měření teplot nebo odběrům.“

Umožňuje Vám režim na oddělení poskytovat takovou individuální péči o pacienta?

„Samozřejmě, že pokud není dítě na pokoji samo, tak se musí přizpůsobit ostatním. Nemůže poslouchat hudbu nebo koukat na televizi do noci, když ostatní potřebují klid. Takže, i když je na to z domova zvyklé, tady musí ze svých požadavků slevit. Ale pokud je samo nebo se s ostatními domluví, tak jsme benevolentnější.“

Co považujete za nejvíce problémovou oblast při péči o dětského romského pacienta?

„Asi hygienu. Nemají ty správné návyky. Nemyjí si ruce před jídlem, pusou po jídle. Kartáček na zuby s sebou v nemocnici ani nemají. Oblečení mívají načichlé kouřem, malé děti bývají dost často opruzené.“

Jakým způsobem tento problém řešíte?

„Okamžitě po příjmu následuje celková koupel s mytím hlavy, stříháním nehtů, čištěním uší, očí, nosů. Převlékáme je do našeho prádla a po celou dobu dbáme na zvýšenou hygienu. Neustále za dětmi běháme a upozorňujeme je na to, že se mají umýt, učesat a musíme na ně dohlížet, jinak to stejně neudělají. Nemají to zažité.“

Jaké další problémy s touto komunitou řešíte?

„Největším problémem je asi komunikace. Děti někdy vůbec nerozumí některým pokynům, které jsou pro ostatní běžné. Takže kolikrát, když po nich něco chceme, zůstanou koukat s otevřenou pusou. Musíme jim všechno vysvětlovat pořád dokola. S rodiči je to ještě náročnější. Chodí se opakovaně ptát na informace, všechno jim podrobně vysvětlíme a oni za chvíli přijdou znova za jinou sestrou a ptají se na to samé. Druhý den pak tvrdí, že jim nikdo nic neřekl.“

Domluvit se s rodiči je tedy, podle Vás, náročnější, než domluvit se se samotným dítětem?

„Dospělí jsou více konfliktní. Dítě samotné se snáze někam nasměruje, donutit k něčemu dospělého, který sám nechce, je skoro nemožné. Hádat se s nimi nebudu, do nějakého konfliktu bych nešla. Nemělo by to ani smysl, stejně by si stále vedli svou a udělali si to po svém.“

Zažila jste někdy takovou konfliktní situaci?

„Většinou se držím a snažím se zachovat klid a zůstat slušná. Větší konflikt jsem zažila jen jednou, a to jsem se ho přímo neúčastnila, jen jsem ho sledovala. Bylo to právě s oním hospitalizovaným otcem. Ten vlastně vůbec komunikovat nechtěl, nesnažil se o nějaký smysluplný rozhovor. Začal tím, že rozhodoval o tom, která setra se bude o jeho dceru starat. Přišel do sesterny a řekl: „ty a ty se o ni starat můžeš, ale ty ne, protože ses k ní chovala špatně, když byla malá.“ Když chtěl dceru propustit a lékař mu v klidu vysvětlil důvody, proč to nejde, tak chodil po chodbě, pokřikoval a vykřikoval, že si ji

prostě vezme, že ho to nezajímá, pak hlasitě telefonoval, práskal dveřmi. Že jsou tam i jiní pacienti, to mu bylo úplně jedno. Naštěstí se pak sebral a beze slova odešel, takže to nebylo třeba nějak dál řešit.“

Máte znalosti o pravidlech komunikace s klientem jiného etnika a využíváte je v praxi?

„Nevím o žádných takových pravidlech. Mluvím s nimi úplně normálně, jako s každým jiným. Tedy samozřejmě u dětí se přizpůsobím jejich věku a chápání. Naštěstí dneska už všichni mluví česky, takže v tom problém není.“

Také jste se zmiňovala o tom, že jste benevolentní, co se týče návštěv. Jak probíhají návštěvy dětí z romské komunity?

„Romové chodí na návštěvy většinou odpoledne nebo večer, v tom bych problém neviděla. Spíš v tom, že jich chodí hodně najednou. Potom řeší péči o dítě celá rodina, všichni se chodí na něco ptát a zdržují tím personál od práce. A hlavně jsou hodně hluční, musí se upozorňovat na to, že tam nejsou sami, že ruší ostatní pacienty, ale moc na to nereagují. Jsou prostě takoví.“

Edukujete dítě a jeho rodiče v problémových oblastech a má tato edukace úspěch?

„Samozřejmě, že edukujeme. Neustále jim něco vysvětlujeme, jim obzvlášť. Ale jestli to má smysl...to je individuální. Někteří se alespoň snaží. Po dobu hospitalizace se to celkem daří, ale když se vrátí domů, najedou do svých starých kolejí. A můžeme začít znovu.“

Máte na Vašem pracovišti dostatek edukačního materiálu?

„Řekla bych, že ne. Ale nemyslím v běžném slova smyslu. Uvítala bych něco jako jednoduché letáčky, kde by bylo popsáno, co mají dělat. Například když se zapisuje příjem stravy a váží pleny, sbírá moč. Nebo třeba něco o péči o kanylu. Všechno se jim vždycky vysvětlí, ale v tom stresu zase zapomenou. Takhle by se jim dal letáček a mohli by si to kdykoliv oživit.“

Myslíte si, že je Vaše práce ovlivněna předsudky a stereotypy vůči této minoritě?

„Určitě ne. Mně romské děti nevadí, nemám s nimi problém ani v běžném životě. Chovám se k nim stejně jako k ostatním. Někdy je s nimi té práce víc, ale jsou to děti, беру je tak a nedělám žádné rozdíly.“

Dokážete tedy poskytnout romským dětem nejen profesionální ale i laskavou péči?

„Dětem určitě. S rodiči je to horší, ale snažím se.“

Setkala jste se někdy s pojmy „transkulturní ošetřovatelství“ či „kulturně senzitivní péče“ a víte, co znamenají?

„Ty pojmy jsem někdy určitě slyšela a tak nějak si dokážu představit, co znamenají. Ale že bych o nich věděla něco víc, nebo že bych se s nimi setkávala běžně, to fakt říct nemůžu.“

Znáte ošetřovatelské modely M. Leiningerové nebo jiné, zabývající se multikulturním přístupem k pacientovi?

„Vůbec nevím, o čem ošetřovatelské modely jsou, model Leiningerové neznám.“

Takže podle žádného modelu ve svém zaměstnání nepracujete?

„O ničem takovém nevím.“

Měla byste zájem a možnost vzdělávat se v oblasti multikulturního ošetřovatelství?

„Vzdělávám se v rámci celoživotního vzdělávání sester a takové téma jsem na seminářích zatím nezaznamenala. A nemyslím si, že je to zrovna oblast, která by mne zajímala, nebo že by mi to k něčemu bylo. Zase tak často se neseťkávám s jiným náboženstvím nebo úplně jinou kulturou. A Romové jsou sami o sobě tak specifictí, to by musela být ta školení zaměřená přímo na ně.“

A co ostatní sestry, se kterými spolupracujete?

„I kdyby je tohle téma zajímalo, nevím, jestli by měly zájem nějak víc se v této oblasti realizovat. Každá je ráda, že zvládá tu spoustu práce, co má, a o další nestojí. I když se bude některá o něco snažit, neznamená to, že ji ostatní budou následovat nebo

respektovat. Ale to je asi problém vždycky, když se zavádí něco nového, nejde jen o multikulturu.“

Děkuji Vám za Váš čas a přeji hodně úspěchů v práci.

První respondentka uvedla, že zjišťování specifických potřeb a zvyklostí dítěte je při příjmu k hospitalizaci na jejich oddělení běžné nejen u romských, ale i u všech ostatních dětí. V rámci možností jim pak vychází vstříc a respektuje jejich odlišnosti. Benevolentní je zejména u návštěv malých pacientů.

Jako nejvíce problémovou oblast u dětí tohoto etnika uvádí nedostatek hygienických návyků a následně pak špatnou spolupráci rodiči, zejména při dodržování léčebného režimu.

Pravidla komunikace s dítětem jiného etnika nezná, sama se řídí spíše instinktem. Sebe sama hodnotí jako tolerantního člověka, nemá předsudky vůči romskému dítěti a je si jistá, že mu dokáže poskytnout profesionální péči.

Respondentka chápe význam transkulturního ošetřovatelství, modely s ním související však nezná a v praxi se s nimi nikdy nesetkala.

11. 2 Rozhovor 2

Dotazovanou č. 2 je mladá žena, která na dětském oddělení pracuje 6 let. Práce s dětmi ji očividně baví, dětem se věnuje i ve svém volném čase v zájmových kroužcích. Při rozhovoru na mě působila sebevědomě a erudovaně, bylo vidět, že se ve svém oboru dobře orientuje.

Pracujete na dětském oddělení. Jaké je Vaše vzdělání?

„Vystudovala jsem Střední zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Nějakou dobu jsem pracovala na oddělení kojenců a batolat, a pak jsem se věnovala dětem jako aur-pair. Po rodičovské dovolené jsem se vrátila ke svému povolání a dálkově absolvovala bakalářské studium v oboru ošetrovatelství. Na současném pracovišti jsem již šest let.“

Jak často se při své práci setkáváte s dětmi odlišného etnika?

„Setkávám se s nimi poměrně často. Prakticky neustále jsou na našem oddělení děti romské, opakovaně tu máme také vietnamské děti, poslední dobou se objevují také ukrajinské, moldavské, bulharské. Několikrát do roka tu také máme malé afroameričany, ale jejich rodiče jsou až na výjimky Češi, kteří si je adoptovali.“

Jsou podle Vás romské děti na Vašem oddělení hospitalizovány častěji než děti ostatní?

„Nevím, jestli se dá říct častěji o všech romských dětech. Některé se sem dostanou jednou a po vyléčení je víckrát nevidíme, ty jsou většinou z těch „lepší“ rodin. Ale také jsou tu některé velmi často, dalo by se říci pravidelně. Říkáme o nich, že je tu vychováváme, dokud se o sebe nepostarají samy.“

Co myslíte tím „pravidelně“?

„Čím jsou mladší, tím jsou tu častěji. Některé třeba i osmkrát desetkrát do roka. Přijímají se třeba jen s obyčejnou rýmou nebo kašlem. Jak rostou, tak jsou ty hospitalizace řidší, a jakmile už o sobě dokáží rozhodovat samy, tak je tady udržíme jen stěží, to naopak chtějí co nejdříve pryč.“

Jsou tyto děti přijímány spíše samy nebo s doprovodem rodičů?

„Většinou samy. Výjimkou jsou ty úplně nejmenší, pokud jsou kojené, tak se občas podaří přesvědčit i matku, aby zůstala. Ale najdou se i matky, které zůstanou samy a dobrovolně, ale těch je velmi málo.“

A co tatínkové, ti s dětmi nezůstávají?

„Za celou svoji praxi jsem zažila jediného tatínka, který zůstal s dcerou na našem oddělení. Staral se o ni a věnoval se jí, docela mě to překvapilo. Tatínkové neromských dětí zůstávají se svými dětmi naopak často, řekla bych, že v posledních letech stále více.“

Domníváte se, že romští otcové mají menší zájem o zdraví svých dětí než ostatní tatínkové?

„To asi ne, spíše je to dáno nějakým uspořádáním v jejich rodině nebo způsobem, jak mají rozdělené role. Až tak se v tom nevyznám.“

Jaký důvod mají romští rodiče k tomu, že se s dítětem nenechají hospitalizovat?

„Já si myslím, že se nechtějí vzdát svého pohodlí. Nejsou zvyklí věnovat se dětem celý den, hrát si s nimi, neumí je nějak zaměstnat. A asi ani nechtějí. A tady nic jiného na práci nemají, než se dětem plně věnovat. Nemocné dítě je mrzuté, uplakané, vyžaduje pozornost, a to je otravuje. Nemají tady zbytek příbuzných, se kterými by si mohli povídat. Často jenom polehávají v posteli a koukají na televizi, případně odcházejí neustále ven kouřit.“

Takže máte pocit, že je jejich přítomnost na oddělení zbytečná?

„To určitě ne. Když nic jiného, tak se alespoň to dítě necítí samo. Nepláče, není nešťastné. Také nemusí být neustále v postýlce, což je pro ně velká výhoda, protože na to není z domova zvyklé. Pokud tu má matku, může se volně pohybovat po oddělení nebo v herně.“

Probíhá léčba na oddělení jinak, je-li s romským dítětem doprovod?

„To záleží na tom, o jak staré dítě jde. Pokud jde o kojence, těm je celkem jedno, kdo je nakrmí, přebalí nebo pochová. U batolat a předškolních dětí je to jiné. Pro ty je asi přítomnost rodiče nejdůležitější, cítí se tak bezpečněji. Pokud jde o spolupráce při léčbě, tak s romskými dětmi se lépe pracuje bez rodičů. Sestra je pro ně po dobu hospitalizace nejbližší člověk, mají vůči ní respekt, poslouchají, co říká, snaží se jí udělat radost tím, že třeba zvládnou nějaké vyšetření. Pokud jsou s rodiči, jsou ovlivněny jejich chováním, a to tu spolupráci narušuje.“

Zjišťujete při příjmu pacienta z této komunity, jaké si z domova přináší zvyky, jaké má rituály, stravovací návyky, denní režim?

„Standardně odebíráme sesterskou anamnézu a zjišťujeme u všech bez rozdílu stejné věci ohledně stravování, vylučování, pohybových aktivit, denního režimu a spánku. U romských pacientů se zaměřujeme hlavně na to, jak se doma stravují, protože tato oblast je u nich vždycky problematická, a také zjišťujeme, co všechno dítě umí. U malých dětí nás zajímá, jestli se otáčí, sedí, ležou, jak mají rozvinutou slovní zásobu, u těch větších sledujeme i rozvoj jemné motoriky a mentálních schopností, abychom věděli, jakým způsobem se k nim chovat, jak s nimi mluvit. Někdy je ale těžké vůbec se něco smysluplného dozvědět, rodiče spoustu věcí neznají, případně některé skutečnosti zapírají.“

Co třeba zapírají a proč?

„Třeba ohledně toho stravování. Moc dobře vědí, co by takové dítě, například do jednoho roku, mělo jíst. Seznamuje je s tím každý pediatr. Takže když se zeptáme na denní jídelníček, odříkají nám přesně, jak to mají naučené. Třikrát denně mléko, dopoledne jogurt, v poledne zeleninový příkrm, odpoledne přesnídávku, na noc kaši. Jelikož tohle známe, ptáme se cíleně, jestli jí ještě něco jiného, jestli má něco rádo, případně jestli se třeba již nestravuje tím, co jí celá rodina. Ve většině případů to popřou, trvají si na svém. Jen výjimečně přiznají, že dítě sní tři „přibiňáky“ za den a k obědu má běžně omáčku a rozmačkaný knedlík. Bojí se říct pravdu, vědí moc dobře, že takhle by jejich dítě jíst nemělo. A že by jim pak lékař mohl dát za vinu, že díky špatnému stravování má nějaké potíže. Ale neuvědomují si, že pro sestru je taková informace zásadní, potřebuje vědět, co má dát dítěti jíst. Když je dítě nemocné, tak jí většinou špatně a málo, proto se snažíme dávat mu to, na co je zvyklé. Když to ale nevíme, musíme zkoušet všechno možné, než vůbec najdeme něco, co je schopné sníst, co neprská a nedává. Přidělová nám to práci a dítě to stresuje. Snažit se ho naučit přijímat zdravé jídlo nemá vůbec význam, protože když se vrátí domů, najde zase na svůj zaběhnutý režim.“

Edukujete tedy rodiče v oblasti stravování?

„Snažíme se jim vysvětlit, co může způsobit, když dítěti dávají jídlo nevhodné jejich věku nebo příliš sladkostí. Ale nemá to valný efekt. Oni všechno „odkývou“, ale stejně si dál dělají to, na co jsou zvyklí. Než by koupili dítěti ovoce a zeleninu, raději si koupí cigarety.“

Máte pocit, že kouření je problémem romské minority?

„Určitě ano. Kouří téměř všichni rodiče, se kterými se setkávám. A kouří hodně. V areálu nemocnice se samozřejmě kouřit nesmí, tak odcházejí ven, ve dne v noci. Bohužel kouří i děti, ty dospívající občas nachytáme tajně kouřit natoaletách, ale setkáváme se i s dětmi sedmi-osmiletými, které to nemohou bez cigarety vydržet. A to i navzdory tomu, že jsou třeba astmatici. Doma prostě kouří celá rodina, tak se nemůžeme divit, že se k nám ty děti neustále vracejí s respiračními potížemi.“

Co ještě považujete za nejvíce problémovou oblast při péči o dětského romského pacienta?

„Jak už jsem řekla, neumí se nějak zabavit. Celé dny se jen koukají na televizi, ti starší mají mobily, ale nečtou, když jim dáme stavebnici, tak neví, co s ní, když jim dáme papír a pastelky, tak sice něco namalují, ale většinou je to něco primitivního, co odpovídá mnohem mladšímu dítěti. Je těžké vymyslet jim nějaký program. Potom chodí za námi, že se nudí a stýská se jim.“

Jakým způsobem tento problém řešíte?

„Když to jde, dáváme je na pokoj k jiným dětem. Není to ale jednoduché, protože naše oddělení je kombinované, máme tu nemocné třeba se zápaly plic, vedle nich „operanty“ nebo aktuálně zdravé děti k nějakému vyšetření, takže je musíme oddělovat, aby jeden od druhého něco nechytil. Také nemůžeme dát od určitého věku dohromady chlapce a děvčata. Takže jednoduché to není.“

Ještě někde vidíte závažné problémy?

„Já nevím, jestli se dá mluvit o závažných problémech. Všechno je to o komunikaci. S někým se domluvíte bez problémů a s někým řešíte pořád dokola to samé. Ale jak už jsem řekla, týká se to spíš rodičů. Například problémy s podáváním léků. Vysvětlujeme jim, že třeba dítě, které má astma, musí brát léky pravidelně a neustále, jinak nám je budou vozit se záchvaty dušnosti opakovaně. Jenže oni se vymlouvají na to, že léky jsou drahé, takže se občas stane, že jim je vůbec nekoupí. Nebo je koupí jednou, a jakmile se dítěti uleví, začnou je dávat nepravidelně, nebo až když dítě začne mít zase potíže. A samozřejmě tvrdí, že je podávají přesně tak, jak mají.“

Říkáte, že je to o komunikaci. Pociťujete komunikační bariéru při kontaktu s romským dítětem a jeho rodinou?

„Já osobně se s dítětem domluvím celkem dobře. Pokud je malé, většinou stačí jen projevit zájem, pochovat ho nebo pohladit. Romské děti jsou mazlivé a vděčné za každý zájem. Je pravda, že musím používat úplně jednoduché věty, všechno jim dokola vysvětlovat a ukazovat. Je těžké najít nějaké téma k rozhovoru, umí se bavit jen o rodině, neznají spoustu věcí, které bych čekala. Jakmile se jejich zdravotní stav zlepší, tak postávají mezi dveřmi a čekají, až půjde někdo kolem. Nebo chodí neustále do sesterny a chtějí tam jen tak být, ani nemusejí nic říkat. Prostě neumí být samy. Ale když po nich něco chci a pořádně jim to vysvětlím, tak to udělají bez řeči, skoro jako by se chtěli zavděčit. Se staršími už je to náročnější, ti naopak komunikují málo, něco z nich dostat je problém. Nerespektují, co jim říkám. Neustále jen opakují, že chtějí jít domů.

Mluví romsky nebo česky?

„Skoro vždy česky. Romštinu slyším, jen když se baví mezi sebou, velmi sporadicky. Občas použijí nějaké slovo, kterému já nerozumím, ale dětem přijde normální a neumí ho říct jinak. Nedokážu posoudit, jak moc umí mluvit romsky, ale češtinu také nemají moc dobrou.“

A jak se domlouváte s rodiči?

„Zase bych mohla říct jak s kterými. Jsou tací, kteří jsou rádi, že jim poradím, sami se ptají, jak předejít tomu, aby bylo jejich dítě znovu nemocné, poděkují za pomoc. Jiní, ať říkáte, co chcete, a snažíte se sebevíc, stejně si to udělají po svém a ještě se tváří, že jim vlastně nikdo nic neřekl.“

Máte znalosti o pravidlech komunikace s klientem jiného etnika a využíváte je v praxi?

„Ve škole jsme komunikaci měli, ale přímo jiným etnikem jsme se nezabývali. Přesto jsem si některé techniky osvojila a občas je používám. Ale spíš bych řekla, že se řídím instinktem. Nejhlavnější je asi trpělivost. Nenechat se vytočit, zatnout zuby a zachovat klid.“

Jakým způsobem řešíte na Vašem oddělení návštěvy příbuzných z této komunity?

„Na našem oddělení máme pevně dané návštěvní hodiny, ale v zájmu dětí se snažíme, aby je rodiče mohly navštěvovat prakticky kdykoliv. Problémem této komunity ale je, že toho trochu zneužívají. Chodí jich hodně najednou, vodí s sebou i malé děti. Za dospívajícími chodí spousta kamarádů. Neustále odcházejí a přicházejí a všichni se ohánějí tím, že jsou rodina.“

Ovlivňují tyto návštěvy nějakým způsobem chod oddělení?

„My se jim opravdu snažíme vyjít vstříc. Někteří jsou slušní a respektují chod oddělení. Ale některým je to úplně jedno, jestli je vizita nebo polední klid. Nejhorší je to večer, nejraději by tam byli do pozdních hodin, protože jsou zvyklí chodit spát pozdě, a tak je musíme žádat, aby oddělení opustili. Nepříjemné to je i rodičům ostatních dětí, kteří jsou s nimi hospitalizováni.“

Edukujete dítě a jeho rodiče v problémových oblastech a má tato edukace úspěch? Máte na Vašem pracovišti dostatek edukačního materiálu?

„Jestli myslíte brožurky a letáčky, tak těch máme spoustu, ale že by se zabývaly těmi problematickými oblastmi, o kterých se bavíme, tak to ne. Prostě s rodiči i dětmi mluvíme a mluvíme pořád dokola. Ta témata jsou pořád stejná, takže už víme, co a jak. Samozřejmě máme i edukační karty, ale ty se týkají spíše sesterské dokumentace.“

Vraťme se tedy k ošetřovatelské péči. Pokud při příjmu nebo během hospitalizace zjistíte odlišnosti v některé oblasti péče a výchovy, přizpůsobíte těmto specifickým ošetřovatelskou péči? A umožňuje Vám takovou individuální péči režim Vašeho oddělení?

„Nevím, jestli to má patřičný úspěch, ale určitě se o to snažíme. Každé dítě je jiné a každé potřebuje odlišný přístup. Pokud to jde, snažíme se vyjít vstříc dětem i jejich rodičům. Pokud jde o režim na oddělení, tak ten není tak striktní, spíše jde o to, kolik je aktuálně na oddělení dětí, s jakým onemocněním a jak moc času zbývá na to, abychom se mohli věnovat jejich specifickým potřebám. A také je to o personálu. Je nás pořád málo a práce hodně.“

Myslíte si, že je Vaše práce ovlivněna předsudky a stereotypy vůči romské minoritě?

„Já osobně nejsem rasistka. Mám přátele mezi lidmi jiných národností, některé i mezi Romy. Je jich tedy poskrovnu, ale jak jsem je poznala, určitě mi to pomáhá dívat se na ně trochu z té jejich stránky. Protože pracuji převážně s dětmi, tak to mou práci asi moc neovlivňuje. Děti jsou děti, ať černé nebo bílé, ony nemůžou za to, do jaké rodiny se narodily. Všechny potřebují, aby je měl někdo rád, aby se o ně postaral. Zvláště, když jim není dobře. Ale abych byla upřímná, když přijímám opakovaně malé romské dítě, které už znám, tak mi hlavou proběhnou myšlenky na to, jaká to bude zase práce dát ho dohromady, jaké léky mu zase rodiče zapomněli dát, nebo jak se budeme zase dohadovat ohledně návštěv. Ale to je spíš ta zkušenost s nimi, která mě vede k takovým myšlenkám. Následně se o jejich dítě postarám, jako o každé jiné. Kdybych měla stejnou zkušenost s dítětem z neromské rodiny, určitě by mě napadaly stejné věci. A napadají. Musím říct, že i z neromských rodin k nám chodí některé děti opakovaně nebo v zanedbaném stavu. Jenže za to nemohou děti, ale jejich rodiče. Takže pokud bych nějaké předsudky měla, tak jediné vůči nim.“

Dokážete přesto poskytnout dětem nejen profesionální ale i laskavou péči?

„Určitě ano. Já mám děti moc ráda, práce s nimi mě baví. Myslím si, že jsem profesionál a starám se o ně tak, jak se to ode mě čeká. A hlavně vím, že být zavřený v nemocnici je pro ně vždycky nepříjemné, tak se jim to snažím ulehčit, jak nejvíc dokážu. A to, že na ně budu milá, to je to nejmenší.“

Setkala jste se někdy s pojmy „transkulturní ošetřovatelství“ či „kulturně senzitivní péče“?

„Ano, setkala. Při studiu na vysoké škole.“

Znáte ošetřovatelské modely M. Leiningerové nebo jiné, zabývající se multikulturním přístupem k pacientovi?

„Model Leiningerové znám a něco o něm vím. Víím také, že existují ještě jiné, které se zabývají multikulturní, ale nevzpomenu si, jak se jmenují.“

Využíváte tyto modely v praxi?

„Ne, nepoužíváme tyto modely. Nepoužíváme vlastně vůbec žádné ošetřovatelské modely.“

Myslíte si, že by bylo pro vaši práci přínosem, kdybyste podle některých z těchto modelů postupovali?

„To nevím. Myslím, že některé z principů těch modelů používáme, ale tak nějak instinktivně, aniž bychom o tom věděli. Pokud bychom postupovali přesně podle nich, znamenalo by to další papírování a zabíralo to další čas, který bychom jinak mohli věnovat dětem. Také si myslím, že sestry, které mají ještě „klasickou zdrávku“, o nějakých modelech v životě neslyšely.

V tom případě by asi bylo potřeba, aby se v této oblasti dál vzdělávaly. Máte možnost a zájem vzdělávat se v oblasti multikulturního ošetřovatelství?

„Určitě by to nebylo na škodu. Ale v rámci toho celoživotního vzdělávání jsem ještě neslyšela o žádném semináři na tohle téma. Asi by se o to musel člověk víc zajímat a musel by chtít vzdělávat se zrovna v této oblasti.“

Děkuji Vám za rozhovor a přeji mnoho úspěchů ve Vaší práci.

Dotazovaná shledává v péči o romské dítě více problematických oblastí. Je jimi zejména stravování, neschopnost smysluplného trávení volného času a hlavně komplikovaná komunikace s rodiči. Komunikační schopnosti si při studiu osvojila, ale zaměření přímo na dítě jiného etnika nezaznamenala.

Při uspokojování specifických potřeb těchto pacientů vidí největší problém v nedostatku personálu a času, nicméně snahu o vyhovění považuje za samozřejmou.

Je přesvědčená o tom, že její práce není ovlivněna předsudky a její láska k dětem je základem k poskytování laskavé péče všem bez rozdílu.

Transkulturní ošetřovatelství studovala na vysoké škole, model Leiningerové zná, ale v praxi nepoužívá. Další vzdělávání se v této oblasti by považovala za přínosné.

11. 3 Rozhovor 3

Další respondentkou je mladá žena, původně všeobecná sestra, která na dětské oddělení přišla po několika letech práce s dospělými pacienty. Je plná elánu a nadšení pro práci s dětmi a aktivně se zajímá o další vzdělávání ve svém oboru.

Jaké je vaše vzdělání?

„Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu, následně vyšší zdravotnickou školu a nyní si dodělávám specializaci pro ošetrovatelskou péči v pediatrii.“

Jak dlouho pracujete na dětském oddělení a jak často se při své práci setkáváte s dětmi odlišného etnika?

„Na dětském oddělení pracuji třetím rokem, předtím jsem pracovala 6 let s dospělými. Nyní se s dětskými romskými pacienty setkávám výrazně častěji, než tomu bylo u dospělých. Na našem oddělení tvoří výraznou část hospitalizovaných.“

Jsou podle Vás romské děti na Vašem oddělení hospitalizovány častěji, než děti ostatní, a co je toho příčinou?

„Řekla bych, že záleží na věkové skupině dětí. Mladší děti jsou hospitalizovány rozhodně častěji. A také se k nám mnohem častěji vracejí. U starších věkových skupin tomu tak již není. Někdy k nám do ambulance přicházejí matky s dětmi s banálními problémy, to pak stačí důsledné poučení a dítě nemusí být přijato. Jindy však naopak přivádějí děti již v zuboženém stavu. Zdá se, jako by matka onemocnění nevěnovala pozornost, dokud se nestalo opravdu vážným. To by mohla být jedna z příčin. Další příčinou, se kterou se často setkáváme, je opakovaná hospitalizace. Například, když matka přestala doma dávat dítěti inhalační léky hned poté, co u něj ustoupily viditelné symptomy, a dítě se tak k nám po krátkém čase vrací.“

Jsou tyto děti přijímány spíše samy nebo s doprovodem rodičů?

„Zcela jistě jsou ve větším podílu přijímány samy. I když sleduji, že se míra hospitalizací romských dětí s matkami stále zvyšuje. My samozřejmě upřednostňujeme, když matka zůstane s dítětem. Obzvláště pro děti v batolecím věku je odloučení od matky a množství změn, jaké hospitalizace přináší, velmi stresující. U romských matek hraje

významnou roli při rozhodování, zda zůstat v nemocnici s dítětem, i ten fakt, že mají doma ještě více malých dětí. Mluvím o matkách, protože za svoji praxi na dětském oddělení jsem ještě neviděla, že by s romským dítětem zůstal v nemocnici otec nebo jiný člen rodiny.“

Probíhá léčba na oddělení jinak, je-li s romským dítětem doprovod?

„Ano, to zcela jistě. Rozdíly v léčbě jsou patrné v každé dětské věkové skupině. Kojenci si ještě příliš neuvědomují změnu prostředí, většinou čím jsou mladší, tím snázejí hospitalizaci bez matky lépe. U nás jsou velmi často hospitalizovány děti s onemocněním horních cest dýchacích. Takový kojeneček potřebuje kyslíkovou léčbu a klidový režim. Pokud je hospitalizován sám, zůstává v postýlce pod kyslíkem. Vyjma času hygieny a stravy. Pokud je však hospitalizován s matkou, je pravidlem, že matka dítě chová, prochází se s ním po pokoji, ba dokonce i po chodbě oddělení. Pod kyslíkem tráví minimum času, většinou jen chvíli po upozornění sester či lékařů. V noci pak výjimečně najdeme dítě v postýlce. Většinou spí s matkou v posteli a tudíž opět bez kyslíkové terapie. Matky většinou upozornění na rizika, která může spaní v posteli přinést, nerespektují. Romské děti kolem prvního roku života a v batolecím věku snázejí hospitalizaci bez matky mnohem hůře, než jiné děti. Zjevně jsou doma zvyklé na neustálou pozornost a volný pohyb, což jim sestřička v nemocnici nemůže poskytnout. Jsou-li batolata hospitalizována s matkou, vidím opět rozdíly v léčebném režimu. Matka ve většině případů nedokáže dítě udržet v klidu. Zdá se, že neumí dítě zabavit. Nechte mu, nehrají si spolu, ve dne i v noci mají spuštěnou televizi. Čas tráví společně v matčině posteli, nebo si dítě hraje na podlaze, prozkoumává veškeré zařízení pokoje, otevírá a bouchá dveřmi na chodbu, vybíhá ven, povykuje. Matka jej nikdy nenapomene, vždy je v tomto velmi benevolentní. Předškolní a starší děti jsou přijaty s matkou zcela výjimečně.“

Zjišťujete při příjmu pacienta z této komunity, jaké si z domova přináší zvyky, jaké má rituály, stravovací návyky, denní režim?

„Samozřejmě zjišťujeme. Je pro nás velmi důležité vědět, jaký má dítě režim, zda se v noci budí na jídlo a co rádo jí. Bohužel zrovna v oblasti stravy nám většinou maminky nepodají přesné informace. Zřejmě mají strach, že budou napomenuty, když jejich půlroční dítě papá doma svíčkovou a nejráději ze všeho má smetanové krémíky. My sestřičky však již máme svoji zkušenost. Takové dítě často lahvičku tvrdohlavě odmítá a naopak na lžičku

ukázkově otevírá pusinku. Zvláštností romské komunity je, že valná většina dětí večer usne, v noci se na jídlo neprobouzí a spí až do rána.“

Pokud zjistíte odlišnosti v některé oblasti výchovy, přizpůsobíte těmto specifikům ošetrovatelskou péči?

„Ano, pokud bychom to neudělali, nebyla by v důsledku ošetrovatelská péče dítěti poskytnuta. Kupříkladu, jak jsem již zmínila, pokud dítě spí s matkou a ne v postýlce pod kyslíkem, musíme kyslík přisunout k matčině posteli a požádat ji, aby jej směřovala k dítěti. Aby nám děti nestrádaly, objednáváme jim často stravu více podobnou tomu, co jedí dospělí. Batolecí stravu, která je v naší nemocnici připravována s menším obsahem solí a tuků a která je namletá či kašovitá, by totiž nejedly, nejsou na to zvyklé. Některé matky dokonce odmítnou nějaký úkon, například měření teploty, když dítě spí. Nezbyvá nic jiného, než je respektovat a přijít později, až když se dítě probudí.“

Umožňuje Vám režim na oddělení poskytovat takovou individuální péči o pacienta?

„Záleží na počtu hospitalizovaných dětí a na průběhu toho kterého konkrétního dne. Obecně se ale všechny snažíme poskytovat péči podle individuálních potřeb každého pacienta, nejen romského.“

Co považujete za nejvíce problémovou oblast při péči o dětského romského pacienta?

„Řekla bych, že u rodičů je to lež a nespolehlivost. Nikdy se nemůžete spolehnout na to, že vám rodiče nelžou. Většinou si odporují hned ve dvou po sobě jdoucích větách. Nemůžete se spolehnout, že i když rozuměli, co jim říkáte, a pochopili, co a proč mají dělat, že to udělají. Nemůžete jim věřit, že dítě doma užívalo léky pravidelně, i když očividně rodiče rozumí tomu, že je to důležité. Při hospitalizaci zase nemůžete často rodičům věřit například to, kolik tekutin dítě za den vypilo.“

Jakým způsobem tento problém řešíte?

„Musíme vše pečlivěji než u jiných pacientů sledovat a kontrolovat.“

Edukujete dítě a jeho rodiče v problémových oblastech a má tato edukace úspěch? Máte na Vašem pracovišti dostatek edukačního materiálu?

„Na oddělení máme edukační materiály ke konkrétním nemocem, ale o materiály ke čtení většinou Romové zájem nemají. Snažíme se s nimi všechno probírat slovně, zodpovídáme všechny dotazy, které rodiče mají, ale nebývá jich mnoho, většinou jen poslouchají. Proto se snažím každou věc probrat sice do hloubky, ale srozumitelně.“

Pocit'ujete komunikační bariéru při kontaktu s romským dítětem a jeho rodinou?

„S komunikací jako takovou moc problémů nemívám. Romové dobře rozumějí a většinou mluví česky. S dítětem při komunikaci také nevidím větší potíže. Něco rozumějí, něco musím vysvětlit obrazněji, tak jako ostatním dětem.“

Máte znalosti o pravidlech komunikace s klientem jiného etnika a využíváte je v praxi?

„Nevím, jaká jsou přesná pravidla, ale intuitivně se snažím působit příjemným a profesionálním dojmem, snažím se být vstřícná a v rámci možností chci respektovat jejich přání. Mluvím srozumitelně, ne rychle, udržuji oční kontakt a na závěr se ujišťuji, zda jsme si dobře rozuměli.“

Jakým způsobem řešíte na Vašem oddělení návštěvy příbuzných z této komunity?

„Rodiče upozorňujeme na rizika častých návštěv nemocného dítěte větším počtem příbuzných. Dětské návštěvy na naše oddělení nesmí, přistupujeme však k tomu individuálně. Pokud přece jen přijde větší počet návštěvníků, požádáme je, s ohledem na další pacienty, aby se rozdělili na skupiny a prostrídali se. Nikdy jsem v tomto případě nenarazila na neochotu vyhovět.“

Ovlivňují návštěvy nějakým způsobem chod oddělení?

„Za narušení bych považovala to, že romské návštěvy dítěti přinesou velké množství všelijakých sladkostí, dítě se pak stále krmí pamlskami a nezřídka se stává, že za celý den se nedotkne žádného jiného jídla. Mohu dítěti sladkosti ubrat, dám je do pytlíčku a druhý den předám mamince s prosbou, aby je odnesla domů, že dítě nejedlo žádné jiné jídlo.“

Ale stane se jen to, že matka dítěti celý pytlíček schová před sestřičkou do stolku. Někdy se romské návštěvy dožadují opakovaně informací od lékaře, žádají o jeho přivolání, stává se, že jsou netrpěliví a že nesouhlasí, když je upozorníme, že informace smíme podávat pouze zákonným zástupcům.“

Myslíte si, že je Vaše práce ovlivněna předsudky a stereotypy vůči této minoritě? Dokážete poskytnout dětem nejen profesionální ale i laskavou péči?

„Myslím si, že ovlivněna není. Dítě je dítě, jako každé jiné. Možná, že u staršího dítěte s hrubým chováním by mne předsudky dohonily, zatím však takovou zkušenost nemám. Snažím se ke každému romskému dítěti i dospělému přistupovat s čistým štítem. Některé romské maminky jsou více pečlivé a chápavé, starají se o děti vzorně. Některým maminkám jako by bylo vše jedno, v anamnéze prokazatelně lžou a o dítě nepečují zrovna ideálně. Vy ale nikdy přesně nevíte, kdo zrovna teď stojí před Vámi. Do péče o děti prostě předsudky nepatří.“

Setkala jste se s pojmy „transkulturní ošetřovatelství“ či „kulturně senzitivní péče“?

„Ano. Ve škole jsme se multikulturou zabývali. Je to ošetřovatelská péče zaměřená na specifické potřeby pacientů z jiných kulturních prostředí. Měli bychom jim věnovat zvýšenou pozornost právě proto, že naše způsoby péče a ošetřování pro ně mohou být neznámé a dokonce nepříjemné.“

Znáte ošetřovatelské modely M. Leiningerové nebo jiné, zabývající se multikulturním přístupem k pacientovi?

„Tento model znám, ale nemyslím si, že by byl úplně vhodný právě pro Romy. Ti jsou tak specifičtí, že se nedají zařadit do žádné konkrétní skupiny. Aby o ně mohlo být dobře postaráno, je důležitější pořádně je poznat, než řídit se nějakým modelem.“

Využíváte některé modely v praxi?

„Ne, zatím jsem se s tím v praxi nikdy nesetkala.“

Máte možnost a zájem vzdělávat se v oblasti multikulturního ošetřovatelství?

„Příležitostí ke vzdělávání je dost, ne všechny semináře jsou ale přínosné. Oblast multikultury by mě určitě zajímala, pokud bych na takové téma někdy narazila, určitě bych ho uvítala. Zvláště pokud by se to týkalo dětí, o těch se v souvislosti s multikulturou příliš nemluví.“

Děkuji Vám za Vaše názory a za Váš čas.

Tato respondentka popisuje zjišťování zvyklostí a speciálních potřeb u dětského romského pacienta jako samozřejmost. Dle jejího názoru je uspokojování těchto potřeb jedinou možností, jak poskytnout profesionální péči.

Jako největší problém hodnotí nespolehlivost a lhavost u rodičů těchto dětí, což má za následek nedodržování pravidel na oddělení, ale i léčebného režimu při domácím ošetřování.

Komunikační bariéru při kontaktu s dítětem a jeho rodinou nepocituje, snaží se o to, aby vždy došlo ke vzájemnému porozumění.

Při studiu se transkulturnímu ošetřovatelství věnovala, modely s ním související zná a další vzdělání by uvítala, pokud by se týkalo dětského pacienta.

11. 4 Rozhovor 4

Poslední účastnicí mého průzkumu je dětská sestra, která má ze všech respondentek nejdelší praxi. Působila velmi mile, ale z jejich slov byla cítit nespokojenost a vyčerpání. Pochopila jsem ale, že se tento stav netýká péče o děti jako takové, ale pramení spíše z pracovních podmínek na oddělení, kde momentálně působí.

Jaké je vaše vzdělání a jak dlouho pracujete na dětském oddělení?

„Vystudovala jsem obor dětská sestra ještě na původní Střední zdravotnické škole v Klatovech. Potom jsem několik let pracovala v jeslích a následně na dětském oddělení. Celkem 31 let.“

Setkáváte se při své práci s dětmi odlišného etnika?

„Ano, setkávám.“

Myslíte si, že se během doby, kdy působíte jako dětská sestra, v této oblasti něco změnilo? Je takových dětí třeba víc?

„Hodně se změnilo a pořád se mění. Když jsem začínala, bylo na oddělení celkem víc dětí, řekla bych až trojnásobně. Dnes se spousta nemocí zvládne doma a hospitalizují se jen děti s vážnějšími problémy. Ale byly to děti vesměs české. Občas se objevil někdo z tehdejšího Sovětského svazu nebo třeba děti Kubánců, kteří tu pracovali, ale ty se vlastně u nás i narodily, takže byly napůl domácí. Jinak mě žádní cizinci nenapadají. Zato dnes jich je plno a pořád přibývají. Hlavně Vietnamci a Ukrajinci.“

Jak je to s dětmi romskými? Jsou u Vás hospitalizovány častěji než děti ostatní?

„Myslím si, že ne. V době, kdy jsem začínala, to tak bylo, romských dětí bylo na oddělení vždycky plno. V současnosti jsou ale hospitalizované asi tak stejně často, jako děti ostatní.“

Domníváte se tedy, že romští rodiče zvládají péči o své nemocné děti lépe než dřív?

„Spíš bych řekla, že se romské děti hodně přijímaly i ze sociálních důvodů. Bralo se tak nějak automaticky, že když je dítě nemocné, matka není schopna se o něj adekvátně postarat, nemá na to prostředky, má doma další děti a příbuzné a hlavně tomu nerozumí. Takže stačilo málo a dítě bylo v nemocnici. Dnes se všichni snaží těmhle rodinám věnovat,

všechno jim vysvětlit, zapojit je do péče. A rodiče nechtějí vypadat, že se o děti nestarají, tak se víc snaží. Alespoň někteří. “

Přijímáte tyto děti k hospitalizaci spíše samotné nebo s doprovodem rodičů?

„Pořád více samotné. Ale dřív nám rodiče dali dítě do náručí a už jsme je neviděli. Dnes volají, chodí na návštěvy a je jich stále víc, kteří s dětmi v nemocnici zůstávají. Hlavně tedy s malými dětmi. Celkově se usiluje o to, aby s dětmi rodiče zůstávali. Také oddělení je k tomu přizpůsobeno mnohem lépe, než dřív. “

Probíhá hospitalizace jinak, je-li s romským dítětem rodič?

„To je asi případ od případu. Hodně záleží na věku toho dítěte. U menších dětí jsme rádi, když jsou s ním rodiče, protože je klidnější, nepláče, lépe jí, takže i léčba je úspěšnější. S některými rodiči je ale těžké vyjít, dělají si, co chtějí, nerespektují ordinace, léčebný plán, dietní režim, někdy nás k dítěti skoro nepustí. V takovém případě jsou spíše na obtíž. Bez nich by bylo o dítě po léčebné a ošetřovatelské stránce postaráno mnohem lépe. Ale kvůli psychice, stýskání a pocitu bezpečí je matka přínosem. “

Říkáte matka, tatínkové s dětmi nezůstávají?

„Ne. Jak jsem řekla, je skoro zázrak, že s nimi začaly zůstat matky, ale tátové tedy ne. Vůbec si je nedovedu představit, jak se starají třeba o kojence, myslím si, že by to ani neuměli. U nich je to prostě ženská práce, vychovávat děti. A já sama bych se asi bála, kdybych tu měla s takovým chlapem zůstat sama. V noci totiž sloužíme po jedné. A kdyby to byl nějaký agresivní člověk, tak nevím, jestli bych tu chtěla být. Možná bych si zavolala manžela, aby tady přes tu noc zůstal se mnou. “

Zažila jste nějaký vážnější konflikt s romskými pacienty, že se tak obáváte?

„To přímo ne. Spíš takové to slovní dohadování. Ale konfliktní jsou i ženy a některé starší děti, takže nějakým konfrontacím se nevyhneme. “

Znamená to, že pocítujete problémy v oblasti komunikace s romskou rodinou?

„Rozhodně. Ve většině případů je těžké se domluvit. Nemyslím si ale, že bychom se navzájem nebyli schopní pochopit. Když něco vysvětluji, tak mi potvrdí, že rozumí a že ví, co a jak mají dělat. Spíš je to o tom, že to pak nedodrží. Neradi dělají něco, co je připraví o pohodlí a hlavně o finance. Výsledkem je pak to, že se nedostaví k naplánovanému vyšetření, pokud je to třeba v ranních hodinách, nebo nekoupí dítěti léky, protože jsou drahé. Což je to úplně nejhorší, co tomu dítěti můžou udělat. “

A co komunikace s dětmi samotnými, tam pocítujete nějaké bariéry?

„S dětmi se domluvíím lépe, pokud jsou bez rodičů. Ty menší jsou často i stydlivé a jsou vděčné za každý kontakt. Nejsou zvyklé být samy, doma mají většinou sourozence a spoustu příbuzných, takže se jim v nemocnici stýská. Když je čas a můžeme si s nimi hrát, tak jsou spokojené, pak vám důvěřují a lépe spolupracují. Ty starší už komunikují méně, celé dny koukají na televizi nebo do mobilu. Ale konfliktní nebývají primárně, nespoupracují spíš proto, že se bojí. Řekla bych, že se bojí, víc než ostatní děti, různých výkonů a vyšetření. Hlavně proto, že spouště věcí nerozumí. Takže u nich se věnujeme hlavně různému vysvětlování a musíme se přizpůsobit úrovni jejich chápání.“

Máte znalosti o pravidlech komunikace s klientem jiného etnika a využíváte je v praxi?

„Jestli myslíte nějaká stanovená pravidla, tak o ničem takovém nevím, neznám je. Jestli něco takového existuje a pomohlo by to lépe se domluvit, tak by to asi nebylo na škodu. Jenom jestli by byl čas přemýšlet o nějakých pravidlech, člověk se musí zorientovat v situaci a reagovat rychle.“

Zjišťujete při příjmu, jaké specifické potřeby mají tyto děti, jaké zvyky nebo rituály?

„Odebíráme sesterskou anamnézu. To se dříve nedělalo, řekla bych, že to děláme asi tak posledních osm let. Některé zjišťované údaje mi připadají zbytečné a na druhou stranu bych tam občas něco přidala. Někdy je dost složité vůbec nějaké informace od romských rodičů získat, bojí se nejspíš, aby nevypadali hloupě. Bud' všechno odkývají, nebo se snaží „mlžit“. Podrobnější informace získáváme spíš v průběhu hospitalizace, když vidíme, jak se dítě chová, co dělá. Pak se následně ptáme na to, co nás přesně zajímá. Jako nejvíc specifickou bych viděla oblast stravování a také například denní režim.“

Umožňuje Vám režim na oddělení uspokojovat specifické potřeby pacientů?

„Naše oddělení je malé, ale přijímáme sem děti všech věkových kategorií, od novorozenců až po devatenáctileté. Takže je jasné, že musíme naši péči přizpůsobit věku dítěte a tomu, co umí a neumí. Také přihlížíme k tomu, s jakým onemocněním přicházejí, jestli jsou s nimi rodiče, jak moc jsou samostatné.“

Mě spíš zajímá, jestli můžete poskytnout kulturně senzitivní péči, přizpůsobit se etnickým a náboženským zvláštnostem.

„Asi kdyby tu byli třeba nějací Muslimové a chtěli se modlit, tak bychom se určitě snažili jim to umožnit. Ale já nemám pocit, že by měli Romové nějaké speciální etnické nebo náboženské požadavky. Možná jen některé zvyklosti, co si přinášejí z domova. Pokud nás na ně upozorní, tak se je určitě snažíme dodržet, ale nesetkávám se s tím moc často.“

Co považujete za nejvíce problémovou oblast v péči o dětského romského pacienta?

„Řekla bych, že nejhorší je hygiena. Určitě je nemůžu házet všechny do jednoho pytle, ale když je přijímám, tak mi opravdu nejvíc vadí, v jakém stavu přijdou. Ušmudlané oblečení, špinavé nehty, zalepené oči a nosy a hlavně jsou cítit potem a kouřem.“

Jak tento problém řešíte?

„Pokud to jejich stav dovolí, tak se ihned provede celková koupel. Bud' o to požádáme rodiče, nebo ji provedeme sami. Pokud ale dítě potřebuje jinou akutní péči, tak i hygiena musí počkat a udělá se až tehdy, když se zdravotní stav zlepší. Máme jednu pravidelnou malou pacientku, která přichází vždycky zavšivená. Několikrát jsme se s rodiči domluvili a vlasy jí ostříhali na krátko a od všivili ji. Když v tom ale nebudou doma pokračovat, tak je naše snaha zbytečná.“

Edukujete dítě a jeho rodiče v problémových oblastech?

„Pořád jim všechno vysvětlujeme. Přiznám se, že mě to někdy už unavuje, když jim opakuji pořád to samé dokola a oni se buď tváří, že to nikdy neslyšeli, v horším případě tvrdí, že jim to nikdy nikdo neřekl. Nedávno jsme zavedli edukační karty, což mě nejdříve hrozně štvalo, viděla jsem to jako další papírování navíc. Ale má to tu výhodu, že pacient nebo rodič musí každou konkrétní edukaci podepsat, takže už se nemůže ohánět tím, že mu nikdo nic neřekl.“

Máte na Vašem pracovišti dostatek edukačního materiálu?

„Podle mě je na našem oddělení edukačního materiálu nedostatek. Letáčků od různých farmaceutických společností máme spoustu, ale ty nikoho moc nezajímají. Někaké jednoduché letáčky pro hospitalizované rodiče by nebyly špatné. Všechno jim říkáme ústně, ale napoprvé to ne vždy poberou.“

Na jaké téma by takový edukační letáček měl být?

„Napadá mě třeba dechová rehabilitace. Ta se dá dělat i v domácím prostředí, některé děti ji mají hodně rády a určitě jim i pomáhá. S většími dětmi chodí cvičit rehabilitační pracovnice, ale maminky kojenců a batolat zacvičují sestřičky. A kdyby to měly písemně a s obrázky, snadněji by to pochopily a doma si to oživily.“

Myslíte si, že by takový letáček byl přínosem i pro romské rodiče?

„O tom bych hodně pochybovala. Ne snad, že by to nepochopili, pravděpodobně by doma stejně necvičili. To už by na ně bylo moc. U nich jsme rádi, že nějaký režim dodržují alespoň na oddělení. Ale napadají mě například letáčky, kde by bylo přesně uvedeno užívání léků na teplotu. V tom většina rodičů tápe a u romských nebo sociálně slabších rodin je problém i v tom, že nejsou do léků ochotni investovat více peněz. Takhle by mohli mít popsáno jaký lék, v jaké formě a jak často užít, případně i jeho alternativy.“

Takže problém vidíte také v nedodržování léčebného režimu?

„Nemohu říct, že by nedodržovali vůbec nic. Spíš nedělají nic navíc, neřeší prevenci. Dokud je nic netrápí, tak je nějaká prevence nezajímá. Neumějí si to spojit s těmi následnými zdravotními potížemi. Zdravá strava, vitamíny, pohyb, nekouření, to všechno by je stálo moc úsilí a taky peníze, a ty jsou pro ně zásadní problém, jak už jsem řekla.“

Jakým způsobem řešíte na Vašem oddělení návštěvy příbuzných z této komunity?

„Nijak zvlášť. Snažíme se je nasměrovat do návštěvních hodin, protože během dne děti absolvují různá vyšetření a procedury, ale pokud o to stojí, tak mohou být s dítětem kdykoliv. Samozřejmě to se týká těch nejbližších. Pokud přijdou i sourozenci, babičky a tetičky, tak se to snažíme trochu korigovat, hlavně kvůli tomu, že jsou hluční a příliš nerespektují ostatní pacienty.“

Myslíte si, že je Vaše práce ovlivněna předsudky a stereotypy vůči Romům jako takovým?

„Abych řekla pravdu, tak nějaké předsudky určitě mám. Ale spíš proto, že už je za ta léta celkem dobře znám a vím, co od nich můžu očekávat. Nevadí mi Rom, protože je Rom, ale proto, jak se chová. Když vidím při příjmu známou tvář, tak už si říkám dopředu, s jakým výmyslem sem to dítě zase vedou, nebo kde je jaký romský bál, že ho sem chtějí odložit. Všechno to vychází ale ze zkušenosti, protože dřív se takové situace stávaly běžně. Ale abych byla spravedlivá, dnes už to tak časté není, to jen já to mám pořád v hlavě. Také se trochu obávám agresivity, kterou mám s nimi spojenou, takže se snažím vyhnout konfliktům, ale ne vždycky je to možné.“

Dokážete i přesto těmto dětem poskytnout nejen profesionální, ale i laskavou péči?

„O děti se vždycky postarám, ať jsou romské nebo jiné. A myslím si, že jsem k nim i milá a laskavá. Ony za to nemůžou, do jaké rodiny se narodily. Ty maličké opečovávám možná ještě víc, než všechny ostatní, protože se jim té péče doma tolik nedostává a potřebují, aby se jim věnovala pozornost. S těmi staršími je to samozřejmě horší, někdy se dokážu i rozčítit, když se chovají nevhodně. A co mě dokáže naštvat nejvíc, jsou někteří jejich rodiče. Když nedodrží to, co mají, když tvrdí, že jim nikdo nic neřekl, nebo když se třeba celá rodina povaluje po ostatních ustlaných postelích, to dokážu i zvýšit hlas, to se přiznám. Bohužel, takoví rodiče jsou špatným příkladem pro své děti, ty se pak v dospělosti chovají úplně stejně.“

Setkala jste se někdy s pojmy „kulturně senzitivní péče“ či „transkulturní ošetřovatelství“ a víte, co znamenají?

„Občas si čtu v sesterských časopisech, které na oddělení odebíráme, a tam jsem se s těmito pojmy setkala, ale nedovedla jsem si představit, co znamenají prakticky, jak jich využít v praxi. Teprve teď od Vás jsem pochopila, co „tím chtěl básník říct“ a proč bychom se tím měli zabývat.“

Znáte ošetrovatelský model Leiningerové nebo jiný, zabývající se multikulturálním přístupem k pacientovi?

„Vůbec nevím, co je to ošetrovatelský model, ani co si pod tím pojmem představit.“

Takže Vám nic neříkají ani jiné, obecně známé modely, jako třeba Gordonové, Hendersonové a podobně? Nikdy jste podle nich nepracovala?

„Ne, neznám nic takového, asi už jsem na to moc stará.“

Máte možnost a zájem vzdělávat se v oblasti multikulturálního ošetrovatelství?

„Možnost vzdělávat se mám, ale musím se přiznat, že už se mi do toho v mém věku moc nechce. Chodím na některé přednášky, ale musí mě hodně zaujmout téma, na které jsou pořádány. O multikulturálním ošetrovatelství jsem toho moc neslyšela, ani nevím, jestli nějaká možnost nějak se mu věnovat existuje. Chápu, že když nám přibývá cizinců, bylo by určitě dobré rozumět jejich povaze a myšlení a vědět, na co jsou zvyklí ve zdravotnictví ze svého domova. Takže nějaký seminář na tohle téma by určitě nebyl od věci.“

A seminář zaměřený přímo na ošetrovatelskou péči o romského pacienta?

„Nedovedu si představit, že by někdo na takový seminář šel. Nebo asi šel, ale spíš ze zvědavosti. Asi by si říkali, proč se o Romy víc zajímat a o něco se snažit, když oni sami zájem nemají. Ale myslím si, že kdyby byl tématem dětský pacient různých národností a etnik, a to i romského, tak by to mohlo být velmi zajímavé téma. Na takový bych asi šla.“

Děkuji Vám za Váš čas a Vaše názory.

Respondentka uvedla, že při sběru informací se specifickými potřebami romských dětí příliš nezabývá, konkrétní informace získává průběžně během hospitalizace. Domnívá se, že, až na výjimky, tyto děti specifický přístup nevyžadují.

Jako největší problém u těchto dětí vidí nedostatečné hygienické návyky a při hospitalizaci se jí jako nejproblematičtější jeví oblast komunikace, a to zejména

s rodiči a příbuznými. Uvítala by lepší edukační materiál určený rodičům dětí, kterým by se tak zlepšila jejich informovanost o ošetrovatelských výkonech při hospitalizaci.

Ve svém věku již nepovažuje za prioritu další vzdělávání, a to ani v oblasti multikultury. Souhlasí však s tím, že v souvislosti s migrací obyvatel by nové informace a zkušenosti s kulturně senzitivní péčí mohly být pro sestry přínosem.

12 DISKUZE

Romská problematika je ožehavé téma, které se týká různých oblastí života. Přes obrovské úsilí různých vlád, organizací i jedinců se stále nedaří najít způsob, jak pomoci této specifické skupině vybědnout ze sociálního vyloučení a úspěšně se začlenit do majoritní společnosti. My zdravotníci se s touto problematikou setkáváme neustále, Romové jsou našimi klienty a pacienty, a tak se jejich problémy stávají i našimi problémy. Jsem si vědoma toho, že ošetrovatelský personál tuto situaci nevyřeší. Ale svým přístupem, pochopením a péčí může přinejmenším přispět ke snížení úzkosti, napětí a nejistoty, kterou Romové pociťují v souvislosti s léty trvajícím existenciálním ohrožením, a která se stupňuje právě v období nemoci a ohrožení života.

Abych zjistila, zda jsou naše sestry schopny takové péče, která by uspokojila specifické potřeby dítěte této etnické menšiny, a zda mají dostatečné znalosti k tomu, aby takovou péčí mohly poskytnout, zvolila jsem jako hlavní cíl mé práce zmapovat znalosti sester v oblasti kulturně senzitivní péče o dětského romského pacienta.

Při shromažďování údajů k teoretické části této práce jsem narazila na první problém. Zjistila jsem totiž, že odborná literatura zabývající se dětským romským pacientem téměř neexistuje. V publikacích o multikultuře najdeme nejednu zmínku o Romech, jako etnické skupině, v některých případech se dozvíme i něco o zvláštlostech ošetrovatelské péče o dospělého pacienta z této komunity. Ale romskému dítěti je pozornosti věnováno poskrovnu. Musela jsem hledat v literatuře zaměřené na vzdělávání a pedagogiku, která se dětem a dospívajícím věnuje hojně, některé informace jsem získala také z psychologie. Velkou pomocí mi byly i některé bakalářské práce a články publikované v odborných časopisech, díky nimž jsem zjistila, že zdravotnický personál o problematice ošetrování etnických skupin ví a věnuje jí pozornost.

Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření, kdy jsem chtěla rozhovory se sestrami pracujícími s romskými dětmi získat hlubší informace o tom, jak péče o etnicky odlišného pacienta funguje ve skutečnosti. Zajímalo mne zejména, zda zdravotníci chápou nutnost specifického přístupu k dítěti této minority a dokáží se jeho odlišností přizpůsobit. Získané informace jsem porovnávala vzhledem k praxi a vzdělání, kterého dotazované respondentky dosáhly. Některé jejich názory mě překvapily, jiné se téměř shodovaly s poznatky získanými z literatury.

Prvním bodem, na který jsem chtěla získat odpověď, byla otázka, zda sestry znají kulturní odlišnosti a zvyklosti, které si děti přinášejí ze svého prostředí, zda takové informace od nich a jejich rodičů cíleně získávají a následně jim přizpůsobují svoji ošetrovatelskou péči. Zjistila jsem, že odebrání ošetrovatelské anamnézy při příjmu pacienta k hospitalizaci je již zaběhnutou rutinou. Informace, zjištěné tímto způsobem, jsou ale příliš všeobecné a konkrétní specifické potřeby v nich nehrají roli. Dotazované sestry zjišťují zvláštnosti, kterým je třeba věnovat pozornost, spíše v průběhu ošetřování těchto dětí a následně se na daný problém zaměří. Získat validní informace od rodičů považují za velmi obtížné, setkávají se s neupřímností až lhavostí, a tento fakt znesnadňuje včasnou identifikaci problému a jeho následné řešení. Všechny respondentky se ale shodují v tom, že pokud jim to režim na oddělení umožní, rády vyjdou vstříc a svoji péči zaměří na uspokojení konkrétních potřeb, u kterých dítě nebo jeho rodič pocítuje nedostatek.

Druhým dílčím cílem mé práce bylo zmapovat nejproblematictější oblasti ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta. Jako jeden z hlavních problémů vidí ošetřující personál oblast stravování. Nedodržování diety v nemoci i nevhodná každodenní strava pak vedou ke zbytečným hospitalizacím. Děti si z domova přinášejí špatné návyky, jí nepravdělně a nezdravě, neznají základní pravidla stolování. Největší problém je u kojenců a batolat, kterým je běžně podávána strava dospělých již od útlého věku. Takové děti pak v nemocnici jídlo jim určené odmítají.

Dvě ze čtyř respondentek uvádějí jako velký problém hygienu. Nemyslí si, že by děti chodily k hospitalizaci přímo špinavé, nedostatky spatřují spíše v nedbalosti a neochotě rodičů zaměřit se na problémové oblasti jako je smrkání, čištění zubů, mytí rukou a podobně. Také kouření, které je v romských rodinách obrovským nešvarem, nepřispívá k pozitivnímu vzhledu dítěte, neboť má kouřem nasáklé oblečení, vlasy a všechny své věci. S tím si samozřejmě sestry poradí a v průběhu hospitalizace dbají na zvýšenou hygienickou péči. Podle jejich zkušeností se však děti po propuštění domů vrací k zažitým zvyklostem.

Všechny dotazované se shodly v tom, že vůbec nejproblematictější oblastí v péči o romské dítě je komunikace, a to zejména s jeho rodinou. Pokud je dítě na oddělení samo, dorozumí se s ním lépe a také spolupráce s ním bývá jednodušší. Přítomnost matky vidí jako přínos pro dítě, pro jeho pocit bezpečí a jistoty. Vzhledem k neochotě dodržovat léčebný režim a neschopnosti podřídit se určitým pravidlům je ale někdy zátěží jak pro dítě, tak pro ošetřující personál. Dotazované sestry se snaží o vstřícný přístup a trpělivost

při jednání s Romy, řídí se spíše instinktem, obávají se konfliktů i agrese. Tím mi odpověděly i na moji třetí výzkumnou otázku, která se týkala jejich znalostí pravidel komunikace s dětským pacientem odlišného etnika. Žádná z nich konkrétní pravidla nezná, ve většině případů o nich nikdy ani neslyšela. Pouze absolventka bakalářského studia měla určité komunikační znalosti, v praxi je však také nevyužívala.

S komunikací úzce souvisí i edukační činnost. Dozvěděla jsem se, že tento pojem je sestrám důvěrně známý a všechny jsou zvyklé edukovat pacienty i jejich rodiny na různá témata. V případě romských rodin je podle nich potřeba hodně trpělivosti, opakování a vysvětlování, aby bylo dosaženo i malého úspěchu. Přístupnější k učení se něčemu novému jsou spíše děti, jejich rodiče už takový zájem nemají, chybí jim trpělivost a neradi obětují něco ze svého pohodlí. Kvalitní edukační materiál by respondentky uvítaly, v tématech se jejich názory rozcházejí, ovšem zda by byl přínosem konkrétně pro romské pacienty, o tom pochybují.

Prozkoumat, zda je práce současných sester ovlivněna předsudky a stereotypy, bylo mým posledním dílčím cílem. Tento úkol nebyl zrovna jednoduchý. Při rozhovorech jsem jasně cítila váhání dotazovaných, zda mluvit pravdu, nebo odpovídat tak, jak se od nich očekává. Jejich rozpačitost je celkem pochopitelná, když si uvědomím, jak choulostivá je romská problematika jako taková, nejen v souvislosti s ošetřováním romského pacienta. Pro rasismus a xenofobii není ve zdravotnictví místo, poskytnout profesionální péči všem, bez ohledu na etnickou či náboženskou příslušnost, je základním prvkem multikulturního ošetřovatelství. Je ale samozřejmé, že ani pro zdravotníky není jednoduché překonat bariéry, které v nich společnost v minulosti vybudovala, oprostít se od vnitřních konfliktů a zaměřit se na pacienta jen jako na člověka, který v tu chvíli potřebuje jejich pomoc. Proto mě celkem překvapilo, když všechny čtyři respondentky shodně uvedly, že jsou si jisty svojí schopností poskytnout romskému dítěti adekvátní senzitivní péči. Žádná z nich nepopřela, že by netrpěla některými předsudky, které ve společnosti přetrvávají nebo které si vytvořila na základě svých vlastních zkušeností. Odmítají ale, že by se tím nechaly ovlivnit při svojí práci. K romskému dítěti přistupují jako ke každému jinému, věnují mu stejnou pozornost a snaží se přizpůsobit jeho aktuálním potřebám. Jsou si vědomy toho, že nemocné dítě je plně odkázáno na jejich péči a profesionální a laskavý přístup je ten jediný správný.

Výsledky svého šetření mohu porovnat s bakalářskou prací pana Pavla Vejsady z roku 2013, který se zabývá stejným tématem jako já. Shodujeme se ve zjištění, že nejvíce

problematickou oblastí péče o romské dítě je komunikace. Příčinu však vidíme každý někde jinde. Zatímco pan Vejsada poukazuje na to, že romské děti neumí dobře česky, já jsem se s tímto názorem nesetkala. Z mých zjištění vyplývá, že častou příčinou nedorozumění je spíše neznalost komunikačních zásad a strach z agrese a konfliktu, který zdravotníci mají. Velký nedostatek spatřujeme oba také v hygienické péči a v nedodržování léčebného režimu. V čem se neshodujeme vůbec, je hospitalizace matky s dítětem. Dotazované sestry v práci pana Vejsady uvádějí, že matky nejsou s dítětem přijímány téměř vůbec, podle mých respondentek však takových matek přibývá, což považují za pozitivum. Tato rozdílná zjištění mě překvapila, vyplývá z nich totiž, že i mezi Romy samotnými jsou určité rozdíly a péče o ně musí být opravdu specifická a cíleně zaměřená na konkrétního klienta

V závěru bych chtěla poukázat na to, že názory všech čtyř dotazovaných sester v mé práci jsou si velmi podobné. Spíše než délka praxe v nich hraje roli jejich osobní zkušenost a profesionální přístup. Ovšem co se týká jejich znalostí z oblasti multikulturního ošetrovatelství, tady jsem objevila značné nedostatky. Pouze respondentky s vyšším vzděláním se při svém studiu blíže seznámily s tímto oborem. Znají model Leiningerové a mají ponětí o existenci dalších. Ve své praxi se s nimi ale nesetkaly a nepracují podle nich. Zbylé dvě dotazované se multikulturou nikdy nezabývaly, spíše jen instinktivně chápou její význam a ošetrovatelské modely neznají vůbec.

Tato zjištění jsou pro mne zásadní, neboť mě utvrdila v mém osobním názoru, že multikulturní ošetrovatelství je pro mnohé zdravotníky stále ještě téměř neznámým pojmem a je potřeba zaměřit jejich celoživotní vzdělávání i tímto směrem. Výsledky mého výzkumu ale potvrzují, že se sestry, pracující denně s romskými dětmi, v této problematice orientují velmi dobře. Jejich znalosti a ochota přizpůsobit svoji péči konkrétním potřebám klienta ale pocházejí spíše ze zkušenosti a vnitřního přesvědčení, než z vědomostí získaných studiem.

Jsem ráda, že jsem si pro svoji práci zvolila právě téma kulturně senzitivní péče, neboť jsem se přesvědčila o tom, že jen takto specifickým přístupem můžeme plně uspokojit potřeby všech pacientů bez rozdílu. Svoje závěry bych ráda publikovala v některém z odborných časopisů pro sestry a tím alespoň částečně přispěla k jejich znalosti této problematiky.

13 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat znalosti sester v oblasti kulturně senzitivní péče poskytované dětskému romskému pacientovi. Domnívám se, že se mi tohoto cíle podařilo dosáhnout. Zjistila jsem nejčastější problémy při ošetřování romského dítěte a prozkoumala vliv předsudků a osobního přesvědčení na práci zdravotnického personálu. Tím jsem naplnila i dílčí cíle, které jsem si stanovila v úvodu.

Jako největší problém při své práci s romským klientem shledávají sestry komunikaci a podle mých zjištění neznají a neřídí se pravidly komunikace s dítětem jiného původu. Rozhodla jsem se tedy, že pro ošetřovatelský personál nemocnice, ve které pracuji, uspořádám seminář na téma Specifika ošetřovatelské péče o dítě odlišného etnika. (Příloha č. 5) Kromě jiného se v něm zaměřím právě na komunikaci s romským dítětem a jeho rodinou, protože právě v této oblasti se sestry cítí nejméně jisté. Pro jejich potřebu vytvořím letáček o pravidlech komunikace s dítětem romského etnika. (Příloha č. 6)

Vhodným námětem k dalšímu výzkumu v oblasti péče o romského klienta by mohla být také edukace hospitalizovaných dětí a jejich rodičů na téma vhodného stravování vzhledem k věku a aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Z výsledků mé práce totiž vyplývá, že i tato oblast zasluhuje více naší pozornosti.

Závěrem lze říci, že úspěch v uspokojování specifických potřeb dětského romského pacienta závisí na aktivní spolupráci zdravotníků s rodinou, která se však neobejde bez znalosti kulturně senzitivního přístupu ke klientovi odlišného etnika. A právě vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství je způsob, jak takové znalosti získat a uplatnit při poskytování péče každému člověku bez rozdílu.

SEZNAM ZDROJŮ

- (1) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- (2) ROLANTOVÁ, Lucie a Valérie TÓTHOVÁ. Zkušenosti a postoje sester k problematice multikulturního ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo a porodná asistenciac*. 2012, roč. 10, č. 1. ISSN 1336-183X.
- (3) BITTNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ. *Etnické komunity v české společnosti*. Vyd. 1. Ermat, 2006, 411 s. ISBN 80-903-0867-8.
- (4) BALVÍN, Jaroslav. *Romové a zvláštní školy: sborník z 10. setkání Hnutí R v Ostravě*. Ústí nad Labem: Hnutí R, 1997, 189 s. ISBN 80-902-1496-7.
- (5) NEČAS, Ctibor. *Romové v České republice včera a dnes*. 5. dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, 129 s. ISBN 80-244-0497-4.
- (6) VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- (7) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání lidu, domů a bytů* [online]. 2011 [cit. 2013-10-02]. Dostupné z: <http://vdb.czso.cz/sldbvo/#!stranka=podle-tematu&tu>.
- (8) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. ISBN 978-802-4728-315.
- (9) DAVIDOVÁ, Eva, Markéta ELICHOVÁ a Jitka DVOŘÁKOVÁ. Kvalita života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 1. ISSN 1212-4117.
- (10) ŠLECHTOVÁ, Dana a Olga BUERGEROVÁ. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1. ISSN 1212-4117.
- (11) MARÁDOVÁ, Eva. *Multikulturní porozumění*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 44 s. ISBN 80-869-9182-2.

- (12) JAKOUBEK, Marek. *Romové - konec (ne)jednoho mýtu: tractatus culturo(mo)logicus*. Praha: BMSS-Start, 2004, 317 s. Sešity pro sociální politiku (Socioklub). ISBN 80-861-4021-0.
- (13) BAKALÁŘ, Petr. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia, 2004, 179 s. ISBN 80-722-0180-8.
- (14) ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Jindra BURSOVÁ, Danuška TOMANOVÁ a Eva PRŮCHOVÁ. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších odborných školách* [online]. 2004 [cit. 20.9.2013]. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=115>.
- (15) IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- (16) ŘÍČAN, Pavel. *S Romy žít budeme - jde o to jak: dějiny, současná situace, kořeny problémů, naděje společné budoucnosti*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2000, 149 s. ISBN 80-717-8410-9.
- (17) KUCHYŇKA, Rostislav. *Multikulturní společnost a romská komunita* [online]. 2012 [cit. 2012-10-18]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Miroslav Somr. Dostupné z: <http://theses.cz/id/leuzsp/>.
- (18) ŠIŠKOVÁ, Tatiana. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. Století*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 188 s. ISBN 80-717-8648-9.
- (19) PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4729-688.
- (20) SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
- (21) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.
- (22) SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-802-4735-931.

- (23) KOVÁŘOVÁ, Eva. *Komunikace s romským pacientem z pohledu studentů zdravotnických oborů* [online]. 2011 [cit. 2014-01-18]. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Jana Kutnohorská. Dostupné z: <http://theses.cz/id/hdocau/>>.
- (24) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- (25) SECOT, Aleš. *Multikulturalismus: K tématu romské populace* [online]. 2013 [cit. 2014-09-28]. Dostupné z: <http://www.fsps.muni.cz/impact/zaklady-sociologie/multikulturalismus-k-tematu-romske-populace/>.
- (26) VEJSADA, Pavel. *Specifika ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta* [online]. 2013 [cit. 2013-10-19]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Dita Nováková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/m3l36g/>>.
- (27) JAKOUBEK, Marek a Lenka BUDILOVÁ. *Romové a cikáni - neznámí i známí: interdisciplinární pohled*. 1. vyd. Voznice: Leda, 2008. ISBN 80-733-5119-6.
- (28) PRŮCHA, Jan. *Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]*. 3. vyd. Praha: Portál, 2010, 220 s. ISBN 978-807-3677-091.
- (29) WAWRZYCZKOVÁ, Jana. *Pacient romského etnika z pohledu sester* [online]. 2008 [cit. 2014-01-18]. Bakalářská práce. UNIVERZITA PARDUBICE, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/29824>.
- (30) DAYER-BERENSON, Linda. *Cultural competencies for nurses: impact on health and illness*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2011, xiv, 346 p. ISBN 07-637-5650-4.
- (31) LEININGER, Madeleine M a Marilyn R MCFARLAND. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, c2002, xxi, 621 p. ISBN 00-713-5397-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Model „Vycházejícího slunce“

Příloha 2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Příloha 3 Maslowova „Pyramida potřeb“

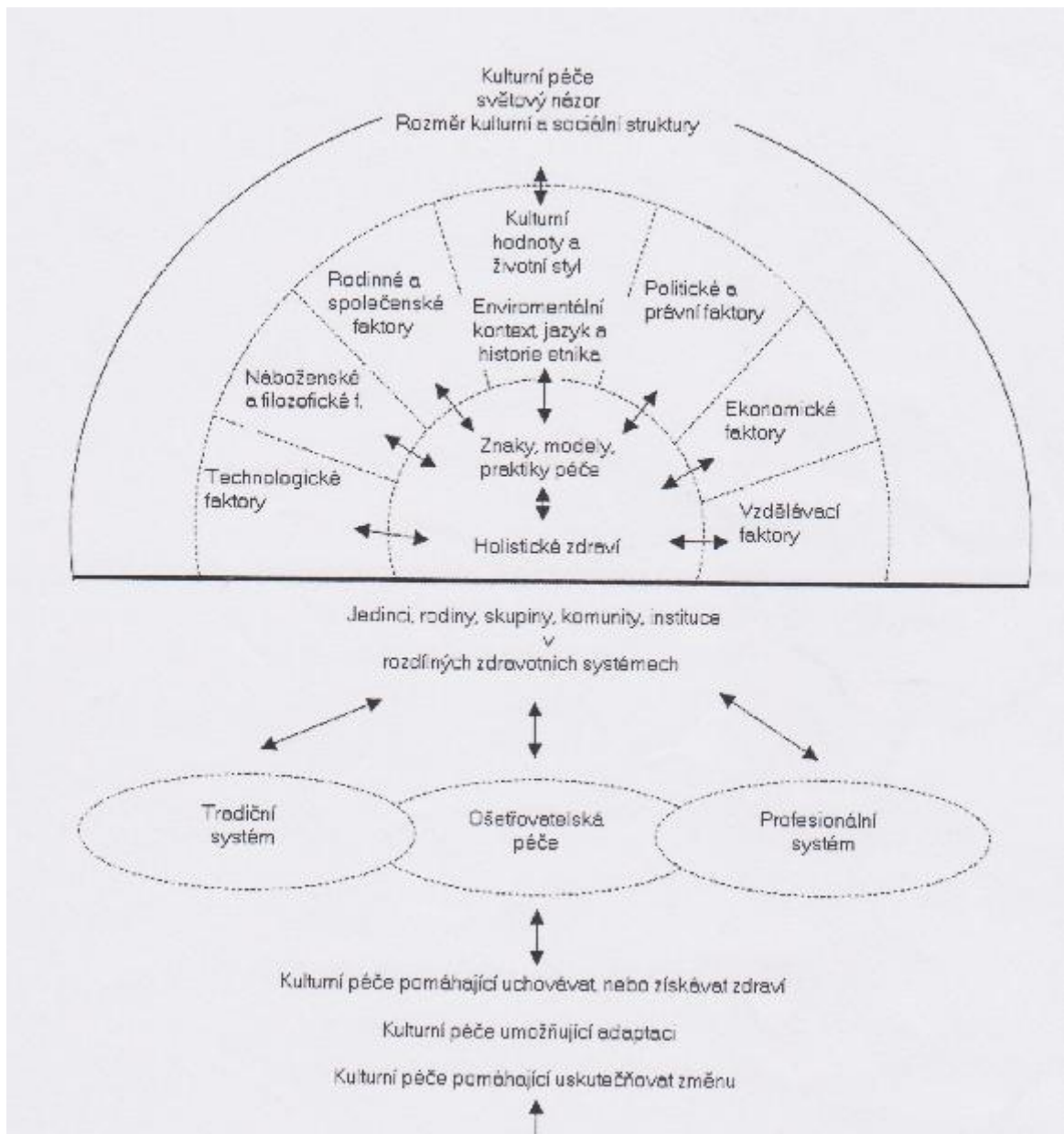
Příloha 4 Dohoda o zachování anonymity

Příloha 5 Návrh pozvánky na odborný seminář

Příloha 6 Návrh edukačního letáčku

Příloha 1

Model „Vycházejícího slunce“



Zdroj: KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

Příloha 2

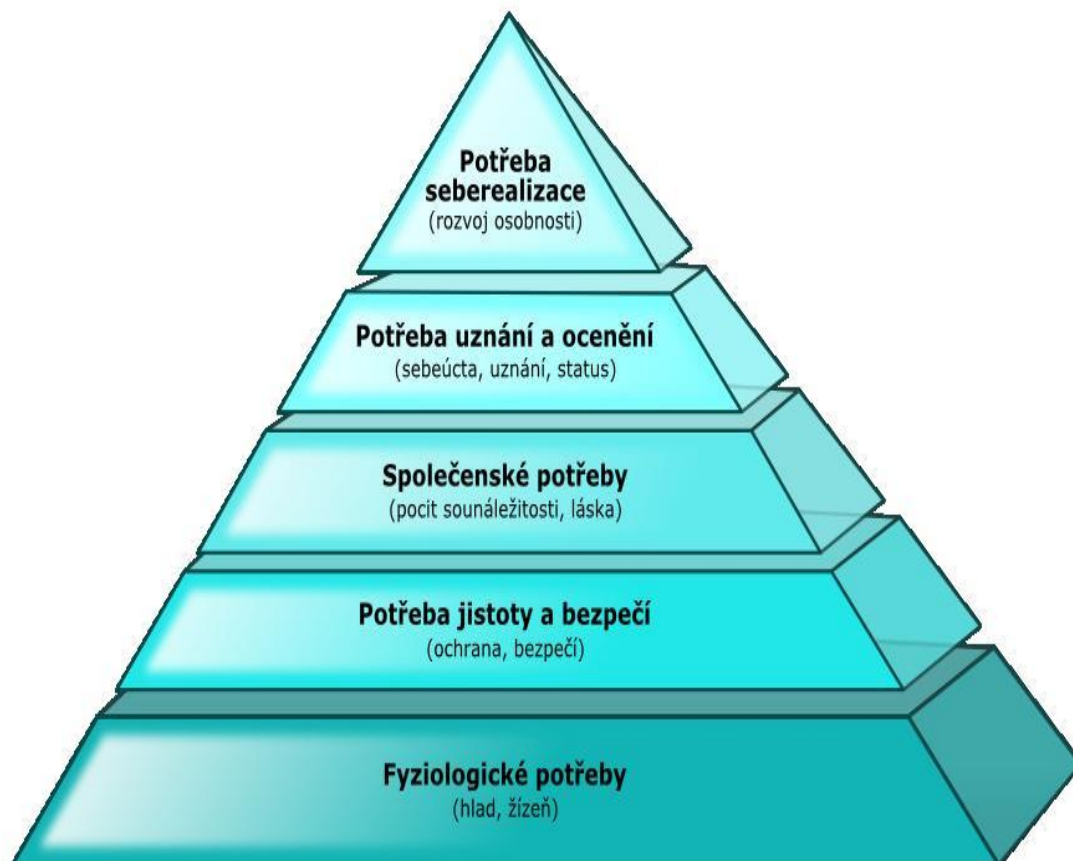
Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

Příloha 3

Maslowova „Pyramida potřeb“



Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

Příloha 4

DOHODA O ZACHOVÁNÍ ANONYMITY

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O DĚTSKÉHO ROMSKÉHO PACIENTA

STUDENT:

Radka Brožíková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: Radka.Brozikova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Miroslava Moučková

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zmapovat znalosti sester v oblasti kulturně senzitivní péče zaměřené na dětského romského pacienta.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM:

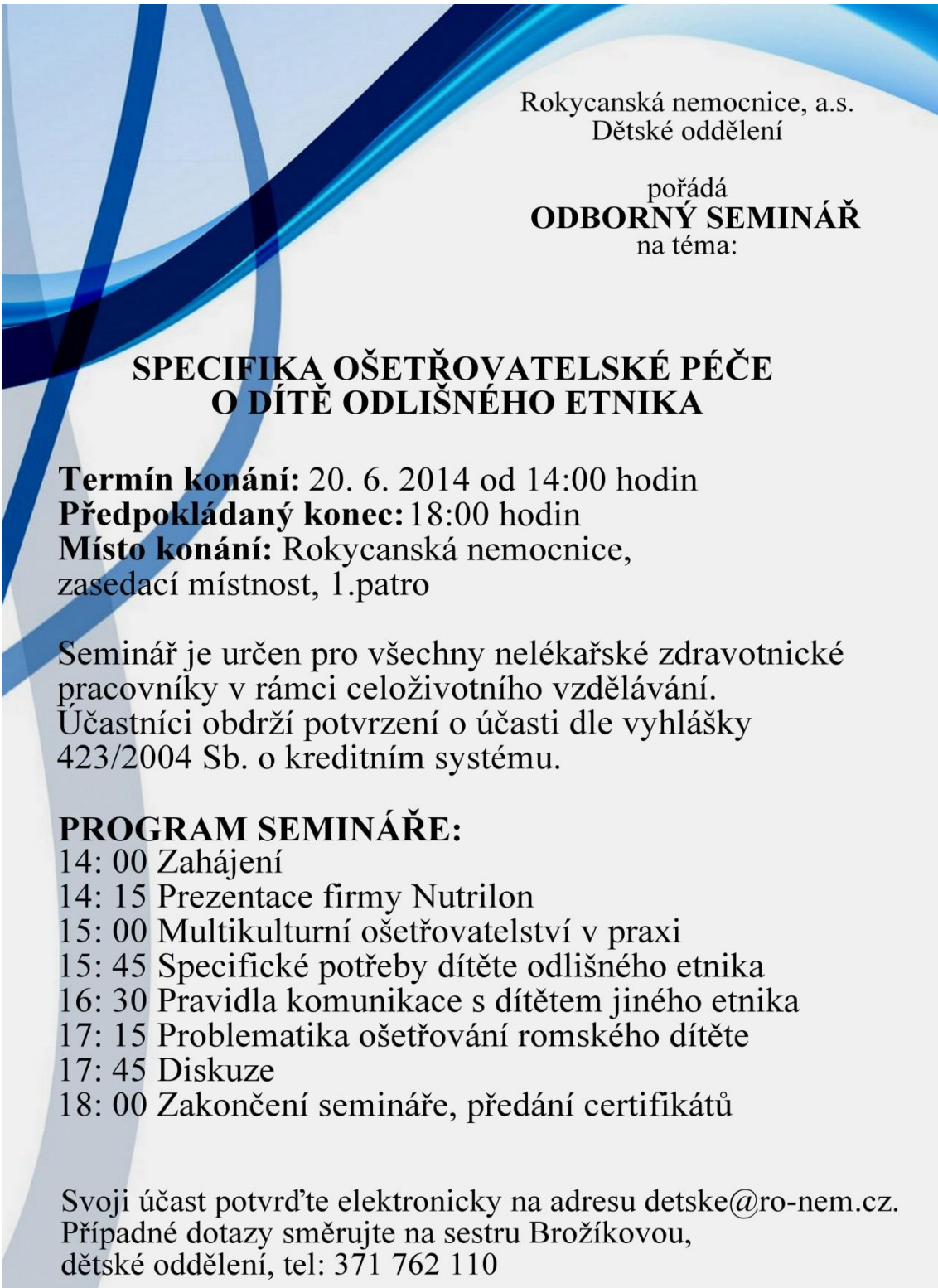
Jásouhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebude ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 5

Návrh pozvánky na odborný seminář



Rokycanská nemocnice, a.s.
Dětské oddělení

pořádá
ODBORNÝ SEMINÁŘ
na téma:

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
O DÍTĚ ODLIŠNÉHO ETNIKA**

Termín konání: 20. 6. 2014 od 14:00 hodin
Předpokládaný konec: 18:00 hodin
Místo konání: Rokycanská nemocnice,
zasedací místnost, 1.patro

Seminář je určen pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky v rámci celoživotního vzdělávání. Účastníci obdrží potvrzení o účasti dle vyhlášky 423/2004 Sb. o kreditním systému.

PROGRAM SEMINÁŘE:
14: 00 Zahájení
14: 15 Prezentace firmy Nutrilon
15: 00 Multikulturní ošetrovatelství v praxi
15: 45 Specifické potřeby dítěte odlišného etnika
16: 30 Pravidla komunikace s dítětem jiného etnika
17: 15 Problematika ošetrování romského dítěte
17: 45 Diskuze
18: 00 Zakončení semináře, předání certifikátů

Svoji účast potvrďte elektronicky na adresu detske@ro-nem.cz.
Případné dotazy směrujte na sestru Brožíkovou,
dětské oddělení, tel: 371 762 110

Zdroj: vlastní

Příloha 6

Návrh edukačního letáčku

PRAVIDLA KOMUNIKACE S DÍTĚTEM ROMSKÉHO ETNIKA

- Nespěchej, buď trpělivý.
- Mluv jasně, věcně, stručně, konkrétně.
- Ověř si, že ti rozumím.
- Vnímej mimoslovní komunikaci a řeč mého těla.
- Nekritizuj mě negativně před velkým kolektivem, spíše v soukromí.
- Pochval mě, když se mi něco povede.
- Neboj se blízkosti, dotyku.
- Neboj se emocí, když pláču nebo křičím, možná mám jen strach.
- Přistupuj ke mně podle mých individuálních potřeb.
- Používej zpětnou vazbu.
- Respektuj hodnotový systém mého etnika.
- Nezapomínej, že jsem stále jen dítě, i když s jinou barvou pleti či jinými zvyky.



Zdroj: vlastní