

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**ROLE SESTRY V MULTIKULTURNÍM PŘÍSTUPU
K DĚTSKÝM PACIENTŮM V AMBULANTNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADRIANA GIERTLOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**ROLE SESTRY V MULTIKULTURNÍM PŘÍSTUPU
K DĚTSKÝM PACIENTŮM V AMBULANTNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

ADRIANA GIERTLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

GIERTLOVÁ Adriana

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči

The Role of Nurse in a Multicultural Approach to Child Patient in Outpatient Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne 2. července 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Především bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za profesionální vedení a poskytování cenných rad při psaní bakalářské práce. Rovněž také děkuji soukromému zdravotnickému zařízení Canadian Medical, s. r. o. v Praze za umožnění provedení průzkumného šetření na ambulantních pracovištích pediatrie. Poděkování patří i všem zaměstnancům daného zařízení, jelikož bez jejich podpory a spolupráce by práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

GIERTLOVÁ, Adriana. *Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2018. 59 stran.

Tématem bakalářské práce je role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči. Práce je zaměřena především na specifika poskytování ošetrovatelské péče multikulturním dětským pacientům v ambulantním pediatrickém zařízení. Teoretická část práce se zabývá východisky pediatrického ošetrovatelství, potřebami a právy dětských pacientů, charakteristikou ambulantní pediatrické péče, rolí dětské sestry v ošetrovatelské pediatrické péči a multikulturním přístupem k dětským pacientům v ambulantní péči. Vzhledem k zvyšujícímu se počtu cizinců přicházejících z různých kultur do České republiky je nanejvýš vhodné zvyšovat schopnosti sester v oblasti edukace dětských pacientů jiné kultury. Obnáší to také zvyšování dostatečných znalostí sester v odlišnosti jednotlivých kultur pacientů. Pro průzkumné šetření je zvolena metoda kvalitativního průzkumného šetření, která je realizována formou semi-strukturovaných rozhovorů. Rozhovory jsou prováděny u sesterského personálu, který pracuje v daném zdravotnickém zařízení. Cílem průzkumné části práce je na základě zjištěných informací z rozhovoru s dětskými sestrami zmapovat multikulturní přístup dětských sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s. r. o. Cílem praktického výstupu této práce je vytvořit pomůcku pro dětské sestry, která bude obsahovat metody na rozptýlení dítěte a potřebný edukační manuály před ošetrovatelským výkonem.

Průzkumným šetřením bylo potvrzeno, že efektivní komunikace, a s tím spojená edukace s ověřením porozumění, je nedílnou součástí jak poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, tak důležitým aspektem výkonu profese dětské sestry v kontextu měnících se potřeb a očekávání dětských pacientů – nejen těch s odlišnou kulturou.

Klíčová slova

Ambulantní péče. Dětský pacient. Multikulturní ošetrovatelství. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

GIERTLOVÁ, Adriana. *The role of a nurse in a multicultural approach to children patients in outpatient care*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2018. 59 pages.

The topic of this bachelor thesis is the roles of a nurse in a multicultural approach to pediatric patients in outpatient care. This thesis focuses on the specifics of providing nursing care to multicultural pediatric patients in a pediatric outpatient institution. The theoretical part deals with the basics of pediatric nursing, the needs and rights of pediatric patients, the characteristics of outpatient pediatric care, the roles of child nurses in nursing pediatric care and the multicultural approach to outpatient pediatric patients. Due to the constantly increasing number of foreigners coming to the Czech Republic from different cultures and thus the related arrival of new patients into the Czech health care system, it is highly appropriate to improve the abilities of nurses to educate these patients as well as to deepen their knowledge of individual cultures. The survey uses the qualitative exploratory survey method, which is implemented in the form of semi-structured interviews with the nursing staff working in a given health facility. The aim of the exploratory part of the work is to map out the multicultural approach of nurses in the provision of nursing care for child patients at the Canadian Medical, s. r. o. – the outpatient pediatric workplace. The goal of the practical output of this thesis is to create a tool for nurses that will include methods for distraction of the children and the necessary educational manuals before the nursing performance.

The exploratory inquiry has confirmed, that effective communication together with education and its verification are an integral part of providing quality nursing care as well as an important aspect of nursing performance in the context of changing needs and expectations of child patients – and not just those from a different culture.

Keywords

Child patient. General nurse. Multicultural Nursing. Outpatient care.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 12 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PEDIATRICKÉHO OŠETROVATELSTVÍ | 15 |
| 1.2 POTŘEBY DĚTSKÝCH PACIENTŮ | 17 |
| 1.2.1 CHARTA PRÁV DĚTÍ..... | 18 |
| 2 AMBULANTNÍ PÉČE | 20 |
| 2.1 ORGANIZACE PEDIATRICKÉ AMBULANTNÍ PÉČE V ČR..... | 20 |
| 2.2 VYBAVENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V AMBULANTNÍ PÉČI | 22 |
| 3 ROLE SESTRY V PŘÍSTUPU K DĚTSKÝM PACIENTŮM | 24 |
| 3.2 KOMPETENCE A POVINNOSTI DĚTSKÉ SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST | 26 |
| 3.2.1 NÁPLŇ PRÁCE SESTRY V PREVENTIVNÍ ČÁSTI..... | 29 |
| 3.2.3 EVIDENCE OČKOVÁNÍ..... | 29 |
| 3.2.4 AKTIVITY DĚTSKÉ SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI..... | 30 |
| 3.2.5 PŘÍPRAVA DĚTSKÝCH PACIENTŮ NA VYŠETŘENÍ..... | 30 |
| 3.3 VZDĚLÁVANÍ DĚTSKÝCH SESTER V PEDIATRII..... | 32 |
| 4. ROLE SESTRY V MULTIKULTURNÍM PŘÍSTUPU K DĚTSKÝM PACIENTŮM V AMBULANTNÍ PÉČI | 34 |
| 4.1 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB DĚTSKÝCH PACIENTŮ Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU V KONTEXTU MULTIKULTURNÍHO PŘÍSTUPU..... | 35 |
| 4.2 SPECIFIKA NÁRODNOSTNÍCH MENŠIN VE ZDRAVOTNÍM KONTEXTU | 37 |
| 4.2.1 AMERIČANÉ..... | 38 |
| 4.2.2 RUSOVÉ..... | 39 |
| 4.2.3 VIETNAMCI..... | 39 |
| 4.2.4 UKRAJINCI..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.5 MUSLIMOVÉ..... | 40 |
| 5 PRAKTICKÁ ČÁST..... | 42 |
| 5.1 METODIKA PRŮZKUMU..... | 43 |
| 5.1.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU | 43 |
| 5.1.3 CHARAKTERISTIKA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU . | 43 |
| 5.1.4 KÓDOVACÍ SCHÉMA K POLOSTRUKTUROVANÝM ROZHOVORŮM | 46 |
| 5.2 ROZHOVORY | 47 |
| 6 DISKUZE..... | 61 |
| 6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI..... | 68 |
| ZÁVĚR..... | 70 |
| SEZNAM LITERATURY | 72 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|----------------------|--|
| AMP | Ampulla |
| CM | Canadian Medical, s. r. o. |
| CRP | C-reaktivní protein |
| ČSÚ | Český statistický úřad |
| DIS | Diplomovaný specialista |
| MZ ČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| NCO NZO | Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů |
| OMJ | Odlišný mateřinský jazyk (HUGO, VOKURKA a kol., 2015) |

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akcentace – zvýraznění, zdůraznění

Analgetika – léky proti bolesti

Antidepresíva – skupina léků (psychofarmak) užívaných k léčbě deprese

Dispenzární péče – aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení

Intrauterinní – nitroděložní

Lege artis – lat. způsob výkonu lékařského povolání a lékařských výkonů přiměřeně dosaženému stupni vývoje lékařské vědy a jejím pravidlům

Multikultura/transkultura – propojení kultur různých etnik, tradic nebo náboženského vyznání

(HUGO, VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Klíčovou úlohu v podpoře zdraví dětí a dospívajících v primární péči zdravotnictví zastává sestra, jejíž kompetence se postupně s vyšším či specializačním studiem rozšiřují. Sestra je osobou, jejíž profesní zaměření je určováno potřebami dětí, je odborníkem, který by měl využít každou příležitost ke konzultaci o zdravém životním stylu dětí i rodičů. Je to ona, kdo aktivně nabízí podporu při potížích, ať už v náročném období dospívání, anebo v nejčastějších zdravotních problémech dětí – je tedy podstatným a nenahraditelným členem zdravotního týmu, jenž o dítě či dospívajícího pečuje.

Ošetrovatelská péče o dětského pacienta je náročný úkol, ve kterém sociální komunikace hraje významnou roli. Domluvit se s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení či bolest, není jednoduché. Pokud je tímto člověkem navíc dítě z jiné kultury, se všemi svými zvláštnostmi vztahujícími se k jeho věku a vývoji, je velmi snadné dostat se do svízelné situace a obtížné najít způsob, jak tuto komunikační bariéru překonat.

V poslední době se čím dále tím víc setkáváme s pacienty odlišných kultur, národností i etnik. Počet cizinců, kteří čerpali v Česku zdravotní péči, v posledních letech roste. Celkový počet cizinců k roku 2017 činí 117 287 cizinců. Od roku 2005 byl nárůst o 75 procent z 67 000 na 117 000 (ANON, 2018). Mnoho rodin přichází žít do České republiky. S tím souvisí nárůst cizinců, kteří využívají zdravotní péči. Jednou z nich je také soukromé zařízení Canadian Medical, s. r. o. (CM). Můžeme konstatovat, že počet multikulturních dětských pacientů, kteří jsou často doprovázeni svými rodiči a navštěvují ambulantní zařízení pediatrie, narůstá. Pokazuje na to například vzestup počtu dětí-cizinců v mateřských školách, který činí 9 494 dětí cizinců, na základních školách 20 237 osob a na středních školách 9 063 žáků-cizinců ve školním roce 2016/2017 (ANON, 2017). Celkový počet ošetřených dětských pacientů z jiné kultury na ambulantních pracovištích pediatrie v CM za jeden měsíc v roce 2018 činí 1 005 pacientů. Jednou z nemála problematik je neinformovanost, neznalost, případně nedostatečná orientace v nabídce služeb zdravotnického systému – ať už u zahraničních anebo domácích pacientů. Tento problém vyžaduje důkladnou edukaci dětského pacienta a současně jeho rodičů v klinické praxi.

Téma bakalářské práce je zaměřeno na role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči. Role sestry se stávají čím dále náročnější v případě needukovanosti dětského pacienta a také obtížné v komunikaci s cizincem, především, neovládá-li pacient ani zdravotnický personál společný jazyk. Nedostatečné znalosti v oblasti poskytování ošetrovatelské péče v pediatrii a nepřipravenost dětského pacienta před ošetrovatelskými výkony, a případné nedorozumění se s multikulturním pacientem, může vést k problémům negativistického chování dětských pacientů na ambulantních pracovištích pediatrie.

Cílem teoretické části práce je seznámení s teoretickými východisky pediatrického ošetrovatelství, získání poznatků o ambulantní pediatrické péči, rolích sestry v přístupu k dětským pacientům a jejich individuálním potřebám v multikulturním kontextu. Dále doporučit vhodné techniky komunikace pro dětské sestry v rámci rozhovoru vedeného před ošetrovatelským výkonem u dětského pacienta.

Hlavním cílem průzkumné části této bakalářské práce je na základě zjištěných informací z rozhovorů se sestrami, které pracují na daném pracovišti, zmapovat multikulturní přístup dětských sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s. r. o.

Vstupní literatura:

1. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
2. PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II: komunikace, etika, člověk, jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetrovatelství, výchova ke vzdělání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
3. SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
4. SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity ke zpracování bakalářské práce s názvem Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči, bylo využito databází rešeršní služby knihovny Vysoké školy zdravotnické v Praze. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Bibliographia medica Čechoslovaca, Souborný katalog ČR, PUBMed a Google Scholar.

Vyhledávány byly publikace v českém, slovenském a anglickém jazyce od roku 2008 do současnosti. Jako klíčová slova byla zvolena ambulantní péče, dětský pacient, multikulturní ošetřovatelství, všeobecná sestra. Pomocí rešerše bylo dohledáno 5 vysokoškolských prací, 18 knih a 17 článků a sborníků. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 12 zdrojů.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PEDIATRICKÉHO OŠETROVATELSTVÍ

Péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů ovlivňujících zdraví celé populace. Na komplexní péči o dítě a celou mladou generaci se podílí mnoho společenských struktur. Rozsahem největší objem zdravotních služeb představuje ambulantní primární péče (KLÍMA a kol., 2016).

Počet dětí v ČR v posledních letech pravidelně roste. V roce 2016 se živě celkem narodilo 112,7 tisíc dětí. Od roku 2016 se porodnost zvýšila o 23,6 tisíc na necelých 1,65 miliónu. Děti tak tvořily 15,6 % obyvatel. V roce 2016 se živě narodilo 112,7 tisíc dětí. Oddělení demografické statistiky ČSÚ upřesňuje „Průměrný počet dětí na jednu ženu dosáhl hodnoty 1,63. To je nejvíc od roku 1994“ (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017).

Dětské lékařství (pediatrie) je základní lékařský obor, který se zabývá dítětem ve zdraví a nemoci. Jeho náplní je etiologie, patogeneze, symptomatologie, diagnostika, terapie a prevence nemocí vnitřních, které postihují dětskou populaci. *Pediatrická péče začíná se začátkem dětského věku, tedy narozením dítěte, ale ve spolupráci především s porodnictvím sahá i prenatálně. Horní hranicí dětského věku jsou 18. narozeniny. Charakteristickými rysy dětského lékařství jsou vývojový aspekt (duševní, tělesný, citový a sociální vývoj dítěte) a důraz kladený na prevenci. Oba významně ovlivňují poskytování zdravotní péče o děti v našem státě* (STOŽICKÝ, SÝKORA a kol., 2016, s. 24).

U pediatrického pacienta je vždy samozřejmostí individuální přístup zdravotnického personálu. Východiskem pro uplatnění této metody je dobrá znalost zákonitostí vývoje dítěte. Do celého procesu vstupují také rodiče dítěte, eventuálně jiný doprovod dítěte. Metoda ošetrovatelského procesu poskytuje prostor pro propojení přístupu k dítěti i rodičům. Tím nám pomáhá dokonale poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte (SEDLÁŘOVÁ a kol., 2008).

Dětský lékař, dětská sestra a sociální pracovník se stávají koordinátory péče o dítě zdravé, ale i ohrožené nemocí a prostředím. Pediatrie je dnes již tak obsáhlá, že ji

jednotlivec nemůže pojmout. Některé její podobory, jako je neonatologie, se rozvíjejí tak intenzivně, že naplňují kritéria samostatné vědní disciplíny (BAYER a kol., 2011). Lidský organismus podstupuje od narození do dospělosti mnoho změn. Dětství je obdobím nejvýraznějšího vývoje, růstu a dozrávání všech orgánů lidského těla. Nejde jen o pouhý růst, během dětství postupně dozrávají všechny orgánové systémy. Složitá souhra těchto dějů probíhá především na podkladě genetického předurčení, může však být různě ovlivněna prostředím. Každé vývojové období dítěte je specifické a má svou problematiku. K rozpoznání normálních odlišností od těch patologických vedou lékaře léta školení a praxe nad rámec běžného lékařského vzdělání (SKÁLA, 2014). Pediatři a sestry by navíc měli být připraveni na situaci, kdy u dětí některých etnik se mohou vyskytovat choroby v naší populaci neobvyklé a kdy antropometrické a vývojové parametry dětí nemusí vždy odpovídat „českým“ standardům. Přes tato fakta a narůstající imigraci obyvatel různých ras a etnik k nám je naše pediatrie v této oblasti znevýhodněna (GRYM, 2013). Pediatr, spolu s dětskou sestrou, si musí více všimnout vrozených a vývojových vad nebo genetických odlišností. Spoustu dědičných chorob mnohem častěji léčí pediatři než lékaři pro dospělé, neboť ještě donedávna se většina takto nemocných dospělosti vůbec nedožila (BAYER, 2011). Sestra s pediatrem plní požadavky dané nejen lege artis postupy terapie daného onemocnění, ale setkávají se i s projektivními nároky rodiny malého pacienta. To vše zvyšuje emocionální náročnost práce dětského lékaře a dětské sestry, a je proto nutné se zamýšlet nad preventivními kroky syndromu vyhoření a dalších chronických známek vyčerpání a frustrace (DAŇKOVÁ, 2008).

1.2 POTŘEBY DĚTSKÝCH PACIENTŮ

Všechny děti – zdravé či nemocné – mají většinu potřeb společných (ať už se jedná o potřeby tělesné či psychické). Tyto potřeby musí být naplňovány tak, aby vývoj dětí odpovídal jejich maximálním možnostem. Podle řady psychologů hraje klíčovou úlohu ve vývoji dítěte několik prvních let života, jelikož v žádné jiné životní etapě se člověk nevyvíjí tak rychle a není tak závislý na okolí. Prvořadým úkolem rodičů a dalších pečujících osob je tyto potřeby uspokojovat (SIKOROVÁ, 2011).

Tělesné zdraví představuje požadavek pro zdravý vývoj dítěte. K tomu přistupují požadavky na vytvoření stabilních rodinných vztahů, na diferencovaný emocionální vývoj, na výchovu, která dává orientaci, podporuje narůstající samostatnost, sociální participaci a prezentaci ve společnosti a přístup ke kultuře a vzdělání. Uspokojení těchto vývojových potřeb dítěte závisí na schopnostech rodičů zajistit dítěti nejen základní péči, ale také pocit jistoty, stabilní prostředí, dostatek podnětů, emoční vřelost. U rodin s nižším vzděláním či u migrantů vystávají problémy při ztíženém přístupu k nabídkám péče a pomoci (KUKLA a kol., 2016).

Podle **K. Eileena Allena a Lynn R. Marotze** lze základní potřeby dětí rozdělit na **tělesné, psychické a dále potřeby učení, sebevědomí a úcty**.

K biologickým a tělesným potřebám náleží zejména potřeba základních hygienických požadavků, tj. dostatek tepla, čistoty a ochrany před negativními vlivy bezprostředního životního prostředí, potřeba obranyschopnosti. Potřeba potravy, kde je nutno zohlednit jak kvalitu, tak kvantitu. Potřeba zdravého vývoje, která zahrnuje zdravotní preventivní a komplexní léčebná péče, včetně rehabilitační. Mezi základní potřeby patří také přístřeší a ochrana, teplo a přiměřené ošacení, výživné jídlo přiměřené věku, čistota a odpočinek. **K psychickým potřebám** náleží láska a důslednost, která zahrnuje výchovnou péči rodičů či opatrovníků, na které se může dítě spolehnout, pocit, že tu jsou „pro něj“, přijímání kulturních, etnických či vývojových odlišností, kterými se dané dítě vyznačuje, a kladný přístup k těmto odlišnostem. K psychickým potřebám také patří bezpečí a důvěra – důvěrně známé prostředí a přítomnost rodičů či opatrovníků, kteří spolehlivě reagují na potřeby dítěte. **Potřeba učit se** zahrnuje získávání komunikačních dovedností, přístup ke hře podle chuti dítěte, potřebu vzoru

chování, ale také umožnění dělat v učení chyby, bez trestů. **Potřeba úcty a sebevědomí** znamená ocenění pouze části komplexního úkolu, jež dítě zvládlo, vstřícné a vlídné prostředí, v němž je dítě povzbuzováno a jeho snaha je oceňována (SIKOROVÁ, 2011).

Sikorová (2011) také uvádí, že budovat v dítěti úctu a sebevědomí by mělo být součástí výchovy, jelikož tato potřeba hraje velkou roli v dalším vývoji osobnosti dítěte. Rodič a ošetřující personál k uspokojování této potřeby přispívají vlídným prostředím, oceněním i drobného úspěchu společně s podporou kladného sebehodnocení.

Pro přežití organismu je nutné uspokojení alespoň základních lidských potřeb. U dětí je odlišná frekvence fyziologických funkcí, anatomické a funkční poměry jednotlivých systémů dětského organismu, složení stravy a příjem tekutin souvisí s růstem dítěte. Dochází k postupnému zrání nervového systému, rozvoji pohybu, vytvářejí si hygienické návyky apod. Psychosociální potřeby jsou složitější a vznikají adaptací dítěte na prostředí a různé okolnosti života, ovlivňují socializaci dítěte. Mezi **základní existenciální potřeby** patří **potřeba jistoty a bezpečí, zdraví, pomoci, potřeba struktury řádu, soběstačnosti, prostředí a bydlení (zázemí), potřeba informací a podnětů**. Dítě potřebuje místo, kde se cítí jistě a bezpečně. Prochází od naprosté závislosti k postupnému zdokonalování jednotlivých sebe obslužných úkonů, adaptuje se na společnost stimulací dostatečným množstvím podnětů, učí se pravidla a řád, které mu dotvářejí pocit bezpečí a jistoty. K vyšším potřebám patří potřeba lásky, sounáležitosti, uznání, ocenění, sebeúcty, seberealizace. Dítě se rodí jako naprostý egocentrik. Svět se točí kolem něj, a také si zaslouží naši lásku. Děti potřebují někoho, kdo ocení skutečnost, že jsou dětmi. Děti touží po vztahu s dospělými. Dítě si tvoří vlastní identitu, snaží se vyrůst tělesně, duševně, citově. Dítě chce realizovat své schopnosti, plány, záměry vedoucí k uskutečnění svých snů – čím chce být (SIKOROVÁ, 2011).

1.2.1 CHARTA PRÁV DĚTÍ

Na žádné dítě není zapomenuto. Dětská práva se vztahují na všechny bez ohledu na to, kde žijí a odkud pochází (UNICEF, 2014, s. neuvedena).

Zacharová (2010) uvádí, že nemoc dítěte je velmi vážnou problémovou situací, která ovlivňuje samotné okolí, především jeho rodinu. I zde může aplikace práv dětí zmírnit dopady, které se s náročnou životní situací spojenou s nemocí dítěte pojí.

V roce 1988 se v Leidenu (Nizozemsko) konala první mezinárodní asociace 12 evropských zemí. Na základě získaných poznatků z terénních zkušeností byla vypracována a schválena Charta pro práva nemocných dětí (EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN HOSPITAL, 2012).

Děti mají být **do nemocnice přijímány** jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení. Děti v nemocnici mají mít **právo na neustálý kontakt se svými rodiči** a sourozenci. Rodičům by se mělo dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Kontakt nemocného dítěte, s rodinou by neměl být vůbec přerušen. Je to potřebné nejen pro psychický stav pacienta, ale v případě hospitalizovaného dítěte umožňuje matce (rodině) spoluúčasť na ošetrovatelské péči. Děti anebo jejich rodiče mají mít **právo na informace** a možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem. Právo mají mít děti anebo jejich rodiče **poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče**, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho emocionálního nebo fyzického rozrušení. S dětmi se má zacházet s **taktem a pochopením** a neustále musí být respektováno jejich soukromí. **Péče náležitě školeného personálu**, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny, se má dostávat dětem. Děti mají mít možnost **nosit své vlastní oblečení** a mít s sebou v nemocnici své věci. O děti má být **pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny**. Děti mají být v **prostředí**, které **odpovídá jejich vývojovým potřebám** a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti. Nemocné a hospitalizované děti mají právo mít plnou **příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání**, přizpůsobené věku a zdravotnímu stavu (ZACHAROVÁ, 2010).

2 AMBULANTNÍ PÉČE

Ambulantní péče se zařazuje do primární péče, tj. péče na úrovni prvního kontaktu. Je komplexem činností zahrnujících podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčení, rehabilitaci a ošetřování v blízkém prostředí každého občana. Ambulantní péče se dále dělí na všeobecnou a specializovanou. Všeobecnou ambulantní péči poskytuje zdravotnický personál ambulance praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, stomatologa či gynekologa. Specializovaná ambulantní péče je poskytována v odborných ambulancích např. neurologických, psychiatrických aj. Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (§2), spadá do zvláštní ambulantní péče i péče ve stacionářích a domácnostech dle podmínek vymezených v tomto zákoně (PLEVOVÁ, a kol., 2011, s. 76).

2.1 ORGANIZACE PEDIATRICKÉ AMBULANTNÍ PÉČE V ČR

Ambulantní péči můžeme rozdělit na **primární, specializovanou a zvláštní péči**. Základní článek v primární péči o dítě představuje praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra. **Primární péče** je komplexní zdravotně – sociální péče, poskytovaná profesionály na úrovni prvního kontaktu dítěte se zdravotnickým systémem. Péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, diagnostikou, léčením, prevencí, ošetřováním a rehabilitací. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí dítěte a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Praktický lékař, který poskytuje dětem komplexní pediatrickou péči v zdraví i nemoci, tedy preventivní a kurativní péči, pečuje o děti od 0 do 19 let života. Specializovaná péče je prováděna v samostatných specializačních zařízeních pediatrem a příslušnou kvalifikací. Zvláštní pediatrická péče je poskytována ve stacionářích, kojeneckých ústavech či dětských domovech pro děti do 3 let, v dětských odborných léčebnách, sanatoriích, ozdravovnách, dětských centrech a lázeňských léčebnách (SEDLÁŘOVÁ a kol., 2008).

Ambulantní zdravotní péče je poskytována jako primární zdravotní péče dětem a dospívajícím a je poskytována praktickým lékařem pro děti a dorost, který je smluvním lékařem pojištěn a rodiče dětí si jej vybírají na základě svobodné volby. Jeho blízkou spolupracovnicí je dětská sestra, která by měla mít nejméně pět let praxe na lůžkovém dětském oddělení a specializaci v oboru. Dětský lékař poskytuje léčebně

preventivní péči a v dnešní době i návštěvní služby v domově pacienta. Tato péče začíná již v novorozeneckém věku a pokračuje preventivními prohlídkami dětí a dorostu. Dle zdravotního řádu je to v prvním roce života 10krát do roka. To znamená (ve 3., 6. a 10. týdnu, ve 3., 4., 5., 6., 8., 10. a 12. měsíci), dále v 18 měsících, ve třech letech, a pak vždy každé dva roky. Při prohlídkách se sleduje především psychomotorický vývoj, výživa, úrazy, operace, rodinná i osobní anamnéza, alergie a řada dalších povinných položek. Probíhá také očkování. Obsah a časové rozmezení preventivních prohlídek obsahuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010), (KUKLA a kol., 2016). Při těchto návštěvách je hodnocen zejména psychomotorický vývoj dítěte, posuzovaná je školní zralost dítěte a také je pediatrem usměrňována volba budoucího povolání dítěte. Nedílnou součástí (dle platného očkovacího kalendáře – viz příloha B) je zajištění očkování dětí a dospívajících. Péče poskytovaná vybraným zdravým, ohroženým a chronicky nemocným dětem a mladistvým, je dispenzární péče praktického lékaře pro děti a dorost. Tato péče může být poskytována i ve specializovaných pediatrických poradnách – nefrologická, kardiologická, urologická, neurologická, gastroenterologická a další. Nedílnou součástí práce zdravotníků v primární péči je zdravotní výchova dětí a dospívajících včetně jejich rodičů. Převážně je zaměřena na oblast: zdravé výživy, hygieny dospívání, osobní hygieny, prevenci pohlavních chorob, boje proti drogovým závislostem – alkoholismus, kuřáctví a ostatní závislosti, výchovy k rodičovství, poskytování první pomoci (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

Organizace práce praktického lékaře pro děti a dorost a dětské sestry v ordinaci je obvyklá spolupráce v malém týmu nebo tandemu ve složení lékař a dětská sestra. Při dobré spolupráci se jejich činnosti doplňují. Dětská sestra se podílí na preventivní, primární a speciální péči. Zajišťuje bezchybný, plynulý chod praxe, podmínky pro poskytování kvalitní péče, pomoci a podpory pacientům a plní další úkoly v oblasti odborné, organizační a administrativní. Ordinační doba v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost činí 25–30 hodin týdně, pracovní náplň zahrnuje dále návštěvní službu, administrativní činnosti a ranní aktivity (např. odběry). Ordinační doba by měla být strukturovaná – měla by vyhrazovat čas pro akutní stavy, pro poradny dětí vybraných věkových kategorií, pro objednané, pro očkování apod. Časovou organizaci chodu ordinace má na starosti sestra – plánuje pozvání pacientů, ale také jejich čekání

v čekárně. Sestra má obvykle svůj pracovní prostor v samostatné místnosti, což může vyhovovat dospívajícím pacientům, kteří chtějí při vyšetřování zachovat soukromí. Pracuje-li sestra ve společné místnosti s lékařem, může klást doplňující otázky, je svědkem při úkonech lékaře, případně může lékaře při nedostatečné znalosti schématu očkování u dětí cizinců upozornit na chyby (SIKOROVÁ, 2012).

2.2 VYBAVENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V AMBULANTNÍ PÉČI

Vybavení zdravotnických pracovišť ve zdravotnických zařízeních je uvedeno ve vyhlášce č. 219/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů (PODSTATOVÁ, 2010, s. 30). Zdravotnické zařízení ambulantní péče se musí skládat:

1. ze základních prostorů, tj. provozních místností, ve kterých je poskytována zdravotní péče (ordinace, přípravná nebo místnosti, kde se vykonává základní činnost). Musí být rovněž zajištěno telefonické spojení pevnou linkou nebo mobilním telefonem.
2. z vedlejších prostorů, tj. sociálního zařízení – i pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientace. Musí být zajištěno telefonické spojení pevnou linkou nebo mobilním telefonem.
3. z čekárny pro pacienty (PODSTATOVÁ, 2010).

Ordinace je řešená minimálně jako jedna místnost – společné pracoviště pro lékaře a sestru nebo může být i oddělené, minimální plocha samostatné ordinace je 15 m². Základní vybavení ordinace: vyšetřovací stůl nebo lehátko, tonometr a fonendoskop, potřebný kancelářský nábytek pro administrativní práce lékaře a sestry, skříň na léčivé přípravky, zdravotnický materiál a nástroje, základní vybavení pro poskytování neodkladné péče (resuscitační rouška nebo ruční dýchací přístroj, materiál ke zjištění periferní žíly, Atropin amp. á 0,5 mg, Mesocain 1 % amp. á 10 ml, Adrenalin 1:1000), lednice, pracovní plocha pro přípravu zdravotnického materiálu a orientačního laboratorního vyšetření, sterilizátor (pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace nebo dodávek materiálu na jedno použití), dvojdřez a umyvadlo. **Čekárna** musí mít plochu minimálně 2,5 m² na jedno místo pro pacienta

při nejmenší ploše místnosti 8,0 m². V případě, že je zdravotní péče poskytována kojencům, je potřeba přebalovací stůl a pomůcky pro měření tělesné délky kojence (PODSTATOVÁ, 2010). Čekárna by měla být vybavena pro potřeby dětí různých věkových kategorií (hračky, knihy, pastelky, veselé obrázky na stěnách apod.), aby se dítě při čekání rozptýlilo. Zajištěn musí být přístup osobám s omezenou schopností pohybu. Telefonické spojení je již samozřejmostí. **Hygienické zařízení** obsahuje požadavky na WC a umyvadla. Dveře WC musí mít z bezpečnostních důvodů otevírání směrem ven (přípustné je společné WC pro pacienty a zaměstnance).

K doplňujícím požadavkům na vybavení ordinace praktických lékařů pro děti a dorost náleží:

- osobní váha, optotypy,
- přebalovací stůl s váhou pro kojence, bodymetr,
- odsávačka,
- pomůcka pro testování sluchu (otoakustické emise u novorozenců) a fixace zrakem pro kojence (SIKOROVÁ, 2012).

3 ROLE SESTRY V PŘÍSTUPU K DĚTSKÝM PACIENTŮM

Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své způsobilosti. Sestra již nevystačí se zručností, ale vyspělé zdravotnictví ji vede k realizaci řady v historii neznámých nebo „nesesterských“ činností, ale součástí její role zůstávají nadále i činnosti ošetrovatelské (PLEVOVÁ a kol., 2011, s. 84). Profesní role sester se neustále proměňují v čase. Vymezení sesterských rolí bývá spojeno s kulturním, socio-politickým a ekonomickým systémem a neustálý vývoj přináší potřebu změn i v oblasti definování profesních rolí sestry (ŠPIRUDOVÁ, 2015, s. 8). Sestry zajišťují spolupráci ve zdravotnictví a zdůrazňují interdisciplinární týmovou práci (AUSTRALIAN COLLEGE OF NURSING, 2015).

Role sestry jako edukátora je hluboko zakořeněná a souvisí s rozvojem sesterské praxe. Pro naplnění edukační role je důležité, aby měly sestry potřebné odborné poznatky z oblasti ošetrovatelství a medicíny, na kterou se edukace zaměřuje. Od všeobecné sestry se požadují tyto zručnosti: kompetentnost při poskytování ošetrovatelské péče, schopnost poskytování ošetrovatelské péče v rámci multidisciplinárního týmu, realizaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu, používání, vyvíjení a hodnocení ošetrovatelství (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ a kol., 2010). Z počátku edukace se sestra ptá na různé věci a později dítě žádá o svolení mu něco udělat a nabízí dítěti několik možností, aby dítě mělo dojem, že je aktérem a může rozhodovat o tom, co se s ním bude během ošetrování dít (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010). Sestra nemusí zůstat pouze u rozhovoru a u slovního popisování výkonu, ale může popisovaný výkon využít ukázáním na hračky u malých dětí formu hry a u dospívajících vytvořit atmosféru vzájemné spolupráce, kdy se může v klidu provést demonstrace určitého výkonu pomocí demonstračních pomůcek. Při komunikaci s dětmi a dospívajícími musí být sestra velmi trpělivá (JANAČKOVÁ, 2009). Sestra by se měla vyvarovat klamání dítěte tím, že mu bude tvrdit, že to nebude bolet, protože dítě to může brát později jako zradu (PTÁČEK a kol., 2015). Sestra musí počítat s tím, že při vysvětlování u dítěte může dojít ke konfliktu. K problému dochází při komunikaci zvláště v období dospívání, kdy je dítě citlivější (JANAČKOVÁ, 2009).

Sestra v roli komunikátora – komunikace s rodiči a s dětmi by měla probíhat v rovině trpělivého jednání. Sestra musí dítěti, podle jeho komunikačních schopností, vysvětlit, co ho čeká a proč je to třeba podstoupit (PTÁČEK a kol., 2015). Sestra během komunikace musí být profesionální tak, aby získala důvěru a navázala přátelský vztah mezi dětským pacientem a jeho rodičem. Když sestra naváže komunikaci s dítětem, musí u toho být milá, usměvavá, klidná, trpělivá, a díky tomu s ní bude dítě snáze spolupracovat (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010). Mezi nejzákladnější role sestry patří *sestra manažerka*, která se uplatňuje ve všech činnostech, jež vykonává tím, že řídí ošetrovatelský proces (PLEVOVÁ, 2011).

Sestra v roli poradce řídí ošetrovatelskou péči o pacienta s konkrétním onemocněním, vede záznamy, dokumentaci, organizuje poradu pro pacienta a rodinu, radí v oblasti zdravotnické, psychosociální a duchovní pomoci, zabezpečuje pomůcky, zdravotnickou techniku, spolupracuje s ošetrovatelským týmem, vytváří systém individuální péče.

Sestra jako konzultant a pedagog je odborný poradce, konzultuje problémy s pacientem. Sestra prokazuje vědomosti a zručnosti z didaktické teorie, která se týká edukačního procesu, připravuje individuální edukační plán, realizuje základní a komplexní edukaci (NEMCOVÁ, HLINKOVÁ a kol., 2010).

Sestra jako poskytovatelka preventivní péče s lékařem zajišťují léčebnou preventivní péči, včetně návštěvní služby. Nedílnou součástí pro sestru v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je zdravotní výchova dětí a dospívajících, včetně jejich rodičů. Sestra a lékař se hlavně zaměřují na zdravou výživu, osobní hygienu a prevenci pohlavních chorob (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

Sestra pečovatelka poskytuje základní ošetrovatelskou péči, samostatně pečuje o nemocné, identifikuje a řeší ošetrovatelské problémy (PLEVOVÁ a kol., 2011).

Sestra jako administrátorka zajišťuje ošetrovatelskou dokumentaci, do které získává vstupní informace od pacienta (SEDLÁŘOVÁ a kol., 2008). V ordinaci lékaře pro děti a dorost se uplatňuje spíše popisná dokumentace. Jedná se o chronologický záznam vývoje onemocnění a zdravotního stavu pacienta a realizovaných intervencí a reakcí na ně (SIKOROVÁ, 2012).

Mezi sestrou a dětským pacientem/příbuzným mohou vzniknout nejrůznější překážky, které brání kvalitní komunikaci. Mezi nejčastější všeobecné překážky efektivní komunikace patří: praktická překážka způsobená rušivými vnitřními a vnějšími vlivy nebo příliš tichým hlasem sdělovatele zprávy, překážka jazyková bývá dána rychlým nesrozumitelným projevem, ale také dlouhými větami s množstvím důležitých informací. Jazyková překážka je dána i odlišným mateřským jazykem u cizinců, překážka emotivní překrývá soustředěnost, intelektová charakterizuje rozdílnost odborného vyjadřování a překážka v chápání poukazuje na různé pochopení komunikačního obsahu, důležitou úlohu mají i překážky fyziologické, které jsou dány bolestí, únavou, nedostatkem spánku nebo smyslovými poruchami (ZACHAROVÁ, 2009). Dětská sestra je nedílnou součástí ošetrovatelské péče v pediatrii. Měla by mít vlastnosti, které pozitivně ovlivňují vzájemný vztah mezi ní a nemocným dítětem a jeho rodičem. Především mluvíme o otevřenosti, úctě, sympatii, důvěře a schopnosti vcítit se do pocitů dítěte a jeho rodičů. Vytvoření pozitivního vztahu sestra – dítě/rodič je základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra by měla umět mapovat potřeby dítěte v každém věku, vytvářet podmínky pro otevřenou komunikaci mezi zdravotníky, dítětem a rodiči. Tím umožnit rodině svěřit se a pokládat otázky týkající se potřeb a podpory zdraví dítěte. Otevřená komunikace a zároveň profesionální odstup umožňuje sestře včasné odchyty signálů ukazujících na deficitní potřeby dítěte a jeho rodiny. Rodiče hodnotí jako kvalitní ošetrovatelskou péči takovou péči, při které sestry zapojují rodiče, naslouchají dítěti i rodičům, mají zájem o blaho dítěte, při ošetrování jsou citlivé a věnují se individuální ošetrovatelské péči. Pozitivní vztah mezi dítětem a sestrou je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče (SIKOROVÁ, 2011).

3.2 KOMPETENCE A POVINNOSTI DĚTSKÉ SESTRY

V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Legislativně stanovené kompetence tvoří základ pro vypracování pracovní náplně každého zaměstnance. Je nutné vycházet nejen z právních předpisů, ale také ze schopností, dovedností a vědomostí daného pracovníka, protože v ošetrovatelství není možné osvojit si kompetence jednou provždy. Dané kompetence je důležité v pravidelných intervalech ověřovat, prohlubovat a obnovovat (PROŠKOVÁ, 2010, s.3-4).

Ve sbírce zákonů byla publikována vyhláška pod č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. Jde o rozsáhlou novelu o více než půl druhé stovce změnových bodů. Dle Ministerstva zdravotnictví je jejím cílem upravit činnosti pro některá nelékařská zdravotnická povolání jako praktická sestra (dosud zdravotnický asistent), všeobecná sestra, porodní asistentka, dětská sestra a u některých dalších povolání, a to v návaznosti na novelu zákona o nelékařských zdravotnických povoláních publikovanou ve Sbírce zákonů pod č. 201/2017 Sb. (GLOGAR, 2017).

„(1) Dětská sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu o zdravé i nemocné děti všech věkových kategorií. Přitom zejména může poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, vykonávat návštěvní službu, hodnotit domácí prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte, poskytovat rady a pomoc v oblasti hygieny, výživy, kojení, vyprazdňování, zajišťování naplňování plánu povinného očkování, preventivních prohlídek a dispenzární péče, prevence úrazů, agresivních poruch chování a závislosti v dětském věku. Může edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, spolupracovat s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, vést rozhovory s rodiči v náročné životní situaci atd.

(2) Při poskytování vysoce specializované péče může dětská sestra pod odborným dohledem dětské sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. a) až j).

(3) Dětská sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje děti všech věkových kategorií k diagnostickým a léčebným výkonům, na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může: a) zavádět periferní žilní katetry

dětem všech věkových kategorií s výjimkou nedonošených novorozenců, *b*) podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, pokud není dále uvedeno jinak, *c*) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické, *d*) provádět výplach žaludku u dítěte při vědomí, zavádět gastrické sondy u dítěte při vědomí, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu, *e*) provádět katetrizaci močového měchýře dívek s výjimkou katetrizace nedonošených novorozenců, *f*) podávat dítěti klyzma, *g*) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly.

(4) Dětská sestra pod odborným dohledem lékaře může: *a*) aplikovat nitrožilně krevní deriváty, *b*) asistovat při zahájení aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji, *c*) zpracovávat dentální materiály v ordinaci, *d*) vykonávat činnost zubní instrumentárky podle § 40 odst. 1 písm. c).

(5) Dětská sestra dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 a 3 písm. c), e), f), l) u dětí všech věkových kategorií.“ (ČESKO, 2017).

Postupně se zvyšuje odbornost dětských sester a jejich kompetence se rozšiřují z hlediska náročnosti poskytované péče. Např. základní ošetrovatelská péče od r. 2011 je definovaná bez omezení věku pacienta (dříve se jednalo jen o péči od 6 let věku), dětská sestra může v současné době na základě indikace lékaře vykonávat činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče u dítěte. (TRUČKOVÁ, 2016). Také od 18. ledna 2016 došlo k rozšíření činností všeobecné sestry, které je oprávněna vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace. Do vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, byla vyhláškou č. 2/2016 Sb. doplněna kompetencemi:

- motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe
- analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče
- v rozsahu své odborné způsobilosti provádět opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2016).

Role dětské sestry vyžaduje každodenní stoprocentní nasazení, silnou motivaci, sebevzdělávání formální i neformální. Dalšími faktory, které ovlivňují image sestry, je přístup k pacientovi vyjadřující empatii, respekt a ochotu. Samozřejmostí je profesionální vystupování, vysoká odbornost a výborné znalosti klinické a komunikační. Sestra má naslouchat i srdcem, sledovat také neverbální projevy pacienta (PLEVOVÁ a kol., 2011 b).

3.2.1 NÁPLŇ PRÁCE SESTRY V PREVENTIVNÍ ČÁSTI

Sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost provází dítě od narození do dospělosti. Dětská sestra se podílí na preventivní, primární speciální péči. Zajišťuje bezchybný, plynulý chod praxe, podmínky pro poskytování kvalitní péče, pomoci a podpory pacientům a plní další úkoly v oblasti organizační, odborné a administrativní. Při dobré spolupráci s lékařem se jejich činnosti doplňují (SIKOROVÁ, 2012). V prevenci je důležitá role sestry edukátorky, která je zaměřená na prevenci poruch a upevňování zdraví, rozvoj soběstačnosti osob s porušenou mobilitou, předcházení komplikacím. Juřeníková (2010) uvádí, že edukace navozuje pozitivní změny v jednání, myšlení, chování, postojích návycích a dovednostech pacientů. Edukace v ordinaci probíhá nejčastěji formou rozhovoru a vysvětlování, může být doplněna instruktáží, anebo formou tištěných materiálů, jako jsou brožury, letáky nebo plakáty. Dětská sestra má i v rámci prevence nezastupitelnou roli v navázání důvěry u dítěte, zbavuje ho strachu a obavy z vyšetření tím, že mu srozumitelně vysvětlí postup vyšetření dle jeho rozumových schopností, aby vše proběhlo ve vzájemné spolupráci. Na závěr vždy dítě pochválí a odmění obrázkem či omalovánkami. Součástí každé preventivní prohlídky je měření, vážení, orientační vyšetření moči diagnostickým proužkem Hexaphanem, v závislosti na věku i měření krevního tlaku.

3.2.3 EVIDENCE OČKOVÁNÍ

V rámci preventivní péče se sestra podílí na povinném i nepovinném očkování dětí v oblasti organizace, vlastní aplikaci a dokumentaci očkování. Významnou součástí práce sestry v oblasti očkování je edukace rodičů, jejímž cílem je především motivace rodičů ke spolupráci. Očkování zpravidla provádí lékař. V případě, že očkuje sestra, je vždy nutná přítomnost lékaře. Po očkování musí být proveden záznam do očkovacího a zdravotního průkazu dítěte a do zdravotnické dokumentace. Sestra v souvislosti

s očkováním provádí řadu činností, např. rozesílání pozvánek rodičům, vlastní očkování, přípravu dítěte a rodiče před očkováním, informování rodiče o kontraindikacích a možných komplikacích konkrétního očkování. Sestra by měla rodiče motivovat k maximální spolupráci v oblasti povinného očkování dětí, dále ke zvýšení zájmu rodičů o nepovinné očkování a snižovat obavy z nežádoucích účinků očkovacích látek (MACHOVÁ, SUCHANOVÁ, 2013).

3.2.4 AKTIVITY DĚTSKÉ SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI

Mezi aktivity primární prevence patří hodnocení a podpora normálního růstu a vývoje dítěte, ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům a dorostu, podpora uspokojování potřeb dítěte v rodině, vývoj pozitivních vztahu mezi rodiči a dětmi, účast na preventivních prohlídkách, organizace očkování, prevence rizikového chování, zdravotní výchova a prevence úrazovosti. **Aktivity sekundární prevence** jsou podpora při tvorbě přesných ošetřovatelských diagnóz dysfunkčních potřeb dětí, eliminace existujících ošetřovatelských problémů při zdravotních potížích dítěte, ulehčení léčby a péče u dětí s již existujícím zdravotním problémem. **Aktivity terciární prevence** jsou stabilizace ošetřovatelských problémů při poškozených funkcích organismu, prevence opakování problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte, prevence komplikací existujících zdravotních problémů, podpora adaptace dítěte na chronický stav. Mezi další aktivity patří protiepidemická opatření a administrativa (SIKOROVÁ, 2012).

3.2.5 PŘÍPRAVA DĚTSKÝCH PACIENTŮ NA VYŠETŘENÍ

Ke strachu z nových situací je člověk odpradáвна veden instinktem, který mu pomohl být obezřetný a věnovat zvýšenou pozornost možnému nebezpečí v neznámé situaci. Zatímco se my „dospělí v bílém“ v nemocnicích tváříme, že není důvod ke strachu, dítě, které v neznámé situaci pociťuje úzkost a nějak ji projevuje, se chová normálně (VÍCHOVÁ, 2013, s.250).

Jak lze dětského pacienta připravit na náročné vyšetření:

- **Dítěti nikdy neříkáme, že to nebude bolet, když se jedná o jakýkoliv výkon, který může přinést nepříjemný tělesný pocit!**

Děti si hluboce pamatují, kdy jim někdo řekl, že to nebude bolet a bolelo to. Nejen invazivní zákroky, ale i pouhé sundání náplasti, které je jen nepříjemné, může citlivější dítě považovat za bolest. Důležité jsou tři zásady: informace má být krátká, má co nejpřesněji pojmenovat možný pocit, a hlavně má obsahovat zprávu o délce trvání. Zpráva o tom, že to zabolí, ale jen krátce, je pro dítě přijatelná. Například komentářem: „Budu ti říkat všechno, co udělám.“ navodíme u dětí pocit, že nezůstávají samotné, ale někdo je úkonem provází. Tímto způsobem se dítěti vysílají signály, že se pocit nebezpečí vyplývající z neznámé situace snižuje: 1. Nejsem na to sám. 2. Mám na situaci vliv. 3. Bude to mít konec a ten už se blíží.

- **Informaci o jakémkoliv zákroku podává pouze zdravotník.**

Sdělují-li lékařskou informaci rodiče, dítě může i dlouhodobě obrátit svůj hněv vůči nim a oni mu pak nemohou poskytovat to nejdůležitější, v čem jsou nenahraditelní – emocionální podporu při snášení tělesné či duševní bolesti.

- **Informace mají být přiměřené věku (resp. mentálnímu věku), zkušenostem dítěte a situaci.**

Tato zásada je hluboce pravdivá. Je třeba ji konkrétně aplikovat například na situaci přípravy na vyšetření u dítěte, které je buď vystaveno pobytu v uzavřeném prostředí, kde má zůstat nehybné nebo se od něho očekává spolupráce při vyšetření.

- **Informování rodičů.**

Podle situace předem rodiče informuje o vyšetření lékař, setra, či dostanou k dispozici tištěný text. Následně si vyžádáme jejich souhlas s informováním dítěte a ve stručnosti jim sdělíme, jak bude dítě připravováno.

- **Letáčky pro děti.**

Zkušenost ukázala, že letáčky o plánovaném vyšetření čtou dospívající a dospělí. Vhodný leták obsahuje text pro dospělé, ale grafiku, fotografie a obrázky pro děti. Rodič pak může dítěti ukázat, jak vypadá to, co nám řekl pan doktor, a na co teď půjdeme.

- **Informování dětských pacientů.**

Jakoukoliv zprávu či informaci o plánovaném zákroku by měl dětskému pacientovi sdělit osobně zdravotník (lékař či sestra) v přítomnosti předem informovaných rodičů.

Předem informovaní rodiče mohou přetlumočit lékařova slova do „rodinného slovníku“. Při společném informování, se mohou plně soustředit na to, aby poskytli „bezpečnou náruč“ svému dítěti, které je s nepříjemnou informací konfrontováno poprvé. Jsou-li rodiče a dítě spolu, nemívá dítě pocit, že“ všichni dospělí jsou spiknutí proti němu.“

- **Co má dítě před zákrokem vědět.**

Velká většina dětí před zákrokem bojuje s úzkostí. Některé děti se snaží mnoha dotazy výkon oddálit. Většina informací by měla sloužit k tomu, aby dítě získalo vědomosti jak svůj strach a úzkost zmírnit a zvládnout. Informace tedy nemají dítě v daném oboru medicíny vzdělávat, a hlavně nemají strach prohloubit (VÍCHOVÁ, 2013).

3.3 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTSKÝCH SESTER V PEDIATRII

Výuka znalostí a dovedností z pediatrie a péče o děti a mladistvé v kvalifikačním studiu všeobecné sestry je v současné době nedostatečná a nevyhovující pro odbornou způsobilost dětské sestry a všeobecné sestry nejsou dostatečně připraveny pro výkon péče o děti ve všech věkových kategoriích (MZČR, 2014).

V současné době lze získat specializovanou způsobilost v oboru dětská sestra specializačním studiem v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně nebo magisterským dvouletým navazujícím studiem na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Vzdělání v NCONZO probíhá v programu specializačního studia v oboru Ošetřovatelská péče v pediatrii na následujících pracovištích: Fakultní nemocnici v Praze Motol – teoretická a praktická část; Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií – celý vzdělávací program; Fakultní nemocnice Brno – teoretická a praktická část; Thomayerova nemocnice Praha – teoretická a praktická část nebo v oboru Intenzivní péče v pediatrii, a to na následujících pracovištích: Fakultní nemocnice v Praze Motole – teoretická a praktická část; Všeobecná fakultní nemocnice v Praze – teoretická a praktická část; Thomayerova nemocnice Praha – teoretická a praktická část. Studium probíhá 18-24 měsíců. Učební plán je rozdělen na základní a odborné moduly. Součástí studia je odborná praxe na pracovišti akreditovaných zařízení (MZČR, VĚSTNÍK 2012). Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon

o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon vrací obor Diplomovaná dětská sestra do kvalifikační formy vzdělávání. Zkráceným – minimálně ročním – studiem na VOŠZ (Vyšší odborná škola zdravotnická) tzv. 4 + 1. Studium bude ukončeno absolutoriem a absolvent získá titul Diplomovaná dětská sestra. Podmínkou pro zkrácené studium dětské sestry je předchozí získaná kvalifikace praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky. Zkrácenou formu studia již některé VOŠZ nabízejí (prozatím pro obor Všeobecná sestra). Uchazeči pro obor Diplomovaná dětská sestra si prozatím budou muset počkat na akreditaci studijního oboru na Vyšší odborné zdravotnické škole, například na Střední zdravotnické škole a vyšší odborné škole zdravotnické v Karlových Varech, ale i v bakalářské formě studia Dětská sestra na lékařských a zdravotnických fakultách (lékařská fakulta Ostravské univerzity, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 3. Lékařská fakulta v Praze, NCONZO aj.) od akademického roku 2018/2019 (MZ ČR). Specializační studium – Ošetřovatelská péče v pediatrii, Intenzivní péče v pediatrii. Studium je formou modulového systému a je ukončeno atestační zkouškou (MZ ČR). U specializace ve zdravotnictví v rámci celoživotního vzdělávání je možné získat magisterské vzdělání v oboru Ošetřovatelská péče v pediatrii pro absolventy bakalářského studia Všeobecná sestra. Přínosem studia je nejen magisterské vzdělání, ale i získání specializované způsobilosti. Studium realizuje Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a lékařská fakulta Ostravské univerzity (MZ ČR) (KORDULOVÁ,2017).

4. ROLE SESTRY V MULTIKULTURNÍM PŘÍSTUPU K DĚTSKÝM PACIENTŮM V AMBULANTNÍ PÉČI

Každý člověk je ovlivněn kulturním prostředím, v němž pracuje, vyrůstá nebo studuje. Abychom se stali úspěšnými členy společnosti, v průběhu procesu socializace se učíme, co od nás společnost vyžaduje. Během života se stáváme v rámci „stejně“ kultury členy nejrůznějších podskupin (KUTNOHORSKÁ, 2013).

Kulturní jevy jako jazyk, umění, historie, spiritualita či příbuzné vztahy, patří k holistickému a celostnímu vnímání člověka (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011, s. 84).

Multikulturalismus je ideál harmonické koexistence odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti. Multikulturalismus lze definovat jako doktrínu, která tvrdí, že samostatné etnické skupiny se mají kulturně lišit od většinové společnosti, stejně jako má většina právo na svou kulturu (ERIKSEN, 2008, s. 337).

Dle Tóthové a kol. (2012) se multikulturalismus může také charakterizovat jako myšlenkový proces, způsob jednání a reagování v multikulturní společnosti, která je vyznačována kulturní i náboženskou pestrostí. Termín multikulturalismus zajišťuje také politické síly a problematiku ekonomické závislosti ve smyslu a snaze eliminovat znevýhodněné menšinové skupiny. Jak uvádí Kutnohorská (2013), multikulturalismus je možné definovat jako nauku, která tvrdí, že samostatné etnické skupiny mají právo na to se kulturně odlišovat od většinové společnosti, stejně, jako mají právo na svou kulturu. Multikulturalismus se v politické rovině prosazuje zdůrazňováním svobod a lidských práv, které nesmí být ohrožovány privilegii určitých rasových, náboženských nebo etnických skupin. Multikulturní péče je také chápána jako součást celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků v závislosti na migračních proudech dané oblasti. Je to významná součást zdravotnictví, která respektuje hodnoty, přesvědčení a zvyklosti jednotlivců i skupin vycházejících z různých kulturních prostředí (SAADOUNI, 2008). Grym (2013) poukazuje, že málokoho u nás napadne, že by znalost rasy a etnika mohla pacientovi přinést něco pozitivního. A to vše se odehrává v době, kdy se výrazně zvyšuje migrace obyvatel, kdy se u nás objevuje řada imigrantů ze vzdálených zemí, kromě Romů a Vietnamců přibývá Číňanů, Afroasiatů, ale také

Ukrajinců, Rumunů, Italů, Irů a obyvatel Kavkazu. Podle médií v současnosti téměř 10 % sňatků tvoří sňatky s cizinci, často exotickými. Etnický a rasový původ není u nás vůbec sledován a není ani určena metodika jejich identifikace (GRYM,2013). Sedláková a Soukupová (2007) uvádějí že vlivem globalizace žijeme ve světě se stále „zmenšujícími se hranicemi“, což mimo jiné znamená také život ve stále multikulturnější společnosti. V tomto případě sestra musí být důkladně připravená řešit specifické problémy různých komunit ve zdraví a nemoci. Výsledkem by měla být kulturně přiměřená péče, která respektuje kulturní specifika a je zaměřena na blaho zdravých i nemocných.

4.1 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB DĚTSKÝCH PACIENTŮ Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU V KONTEXTU MULTIKULTURNÍHO PŘÍSTUPU

Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti. Sestry by měly umět zhodnotit aktuální stav a reakce pacienta/klienta na neuspokojené potřeby, včetně potřeb souvisejících s odlišnou kulturou, a podle toho průběžně zajišťovat individuální péči. Zkušenosti z praxe však ukázaly, že je to právě oblast lidských potřeb (u pacientů s odlišnou kulturou), kde sestřím chybí potřebné vědomosti a vzdělání (IVANOVÁ, 2005, s. 14). Ošetřování cizinců je pro české pracovníky ve zdravotnictví již běžnou realitou. Všichni dotázaní zdravotníci přistupují k cizincům především jako k pacientům, tj. k lidem potřebujícím poskytnutí lékařské péče, uvádí Dobiášová a Hnilicová (2009).

- **Potřeba poskytování multikulturní zdravotní péče**

Většina zdravotníků uvádí, že se při poskytování zdravotní péče setká s určitým typem kulturních odlišností. Vždy se snaží pacientovi v tomto ohledu vyjít vstříc. Zároveň ale uvádějí, že díky tomu je jejich práce náročnější. Zdravotníci vidí problém v souvislosti s ochranou veřejného zdraví. Zmiňují absence povinných zdravotních prohlídek při žádosti o dlouhodobý pobyt. Zdravotníci mají také obavu, neboť při poskytování zdravotní péče cizincům nemají záruku, že pacient byl řádně očkován proti závažným

onemocněním, které se vyskytují nejčastěji u dětských pacientů cizinců, kteří jsou rozočkováni podle očkovacího schématu státu kde se narodili.

- **Potřeba informovanosti cizinců**

V praxi se setkáváme s nedostatečnou informovaností dětských pacientů a jejich rodičů v oblasti přípravy před ošetřovatelskými výkony. Dobiášová a Hnilicová (2009) tvrdí, že cizinci jsou také velmi špatně informováni o tom, co kryje jejich zdravotní pojištění, zejména, pokud se jedná o pojištění komerční. A to především kvůli nepřehledným a složitým pojistným podmínkám. Zdravotničtí pracovníci se také často setkávají s tím, že cizinci jsou velmi špatně informováni o svých právech a povinnostech při čerpání zdravotní péče a o systému zdravotní péče v České republice.

- **Informovanost zdravotnického personálu a potřeba znalosti multikulturní péče**

Zdravotníci postrádají při ošetřování cizinců úplné informace o kulturních a náboženských odlišnostech různých národností, popřípadě informace o některých tropických nemocech, s nimiž mohou přijít při ošetřování cizinců do styku. Nicméně, všichni se shodovali na tom, že pokud cizinec projeví v tomto směru určité přání, snaží se mu vyhovět. Zejména lékaři a sestry prvního kontaktu (ambulance praktických lékařů, urgentní ambulance v nemocnicích) a pracovníci cizineckých oddělení nemocnic, nedisponují dostatečnými informacemi o neziskových organizacích, které v České republice pomáhají cizincům, a na které by se cizinci v případě problému při poskytování zdravotní péče mohli obrátit, jako například (Cizinecká policie, kliniky tropické medicíny, Centrum mezistátních úhrad apod.). Ambulantní specialisté a lékaři primární péče, nemají dostatečné informace o pobytových stavech cizinců, včetně cizinců ze zemí EU, a z toho vyplývajících nárocích na zdravotní pojištění. Tyto informace by potřebovali. Někdy díky neznalosti nepostupují v souladu s platnou legislativou.

- **Potřeba asimilačního přístupu**

Podle výzkumné sondy Dobiášové a Hnilicové (2009) se většina lékařů a sester snaží vycházet pacientům – cizincům, vstříc v otázkách náboženských a kulturních odlišností. Někteří uváděli v této souvislosti určitý deficit v informacích. Většina zdravotnického personálu se domnívá, že by proces přizpůsobování se měl být oboustranný, přičemž

cizinci by se měli přizpůsobovat v oblasti práv a povinností v systému zdravotní péče a zdravotníci by naopak měli v rozumné míře respektovat kulturní a náboženské odlišnosti, které cizinci dají při poskytování zdravotní péče najevo.

- **Potřeba bezproblémové komunikace**

Zásadním problémem v komunikaci se může stát jazyková bariéra. 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 (PRUCHA 2010 s. 152). Zdravotníci se shodují, že problémy v komunikaci by mohly usnadnit různé komunikační pomůcky (grafické karty, letáčky v několika jazycích, slovníčky základních pojmů apod.), které, na rozdíl od zahraničí, zatím v České republice nejsou příliš využívány. 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 (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN 2011, s. 66).

V procesu posuzování může získat sestra i lékař dostatek údajů o etnické skupině i kultuře, ze které klient pochází. Zaměřuje se zejména na poznání etnicity. Dalšími atributy, na které by se sestra při sběru dat měla zaměřit, jsou náboženské a duchovní potřeby, zejména rodný jazyk, který může mít vliv na edukaci pacienta před diagnostickými léčebnými výkony. Zásadní roli v této oblasti také hraje model rodiny. Důležité je také zjištění, kdo v rodině rozhoduje, a komu budou poskytovány informace. (VEJSADA, 2013).

4.2 SPECIFIKA NÁRODNOSTNÍCH MENŠIN VE ZDRAVOTNÍM KONTEXTU

Národnostní menšiny charakterizuje jejich jazyková, etnická a kulturní odlišnost od ostatní společnosti a jejich subjektivní potřeba tuto odlišnost uchovávat, kultivovat a rozvíjet. Velmi důležitým znakem příslušníků národností menšiny z hlediska státu je deklarovaná vůle být za národností menšinu považováni – prvním krokem je přihlášení se jednotlivce k určité národnosti (KUKLA a kol., 2016, s. 308).

4.2.1 AMERIČANÉ

V pořadí první nejčastější klientelou na soukromé klinice Canadian Medical, s. r. o., jsou Američané a Kanadčané. Amerika tvrdí, že se stará o zdraví dětí, ačkoliv v některých státech 10 nebo dokonce 15 procent dětí nemá žádné zdravotní pojištění. To omezuje jejich přístup ke zdravotní péči, včetně očkování. Obezita mezi americkými dětmi je popsána jako „epidemie“ a 13 milionů amerických dětí bojuje s nedostatečným příjmem potravin. V uplynulém půlstoletí bylo zaznamenáno 600 000 „nadměrných dětských úmrtí“ a asi 2 000 amerických dětí ročně umírá na základě zneužívání nebo zanedbávání (LOWREY, 2018).

Mezi nejčastější zdravotní problémy u amerických dětí patří dětská obezita. Všechny tři hlavní etnické skupiny (běloši, Hispánci a černoši) souhlasí s tím, že obezita je nejnaléhavějším problémem, kterému čelí americké děti. Výskyt dětské obezity se za posledních 25 let ztrojnásobil, což podle zprávy pediatrických studií přineslo mnohým dětem riziko diabetu a srdečních onemocnění. Děti s nadváhou a obézní děti mají také pravděpodobně sníženou kvalitu života, zvýšenou pravděpodobnost vzniku několika závažných poruch a potenciální sníženou průměrnou délku života. Užívání drog se odhaduje u 36 % dospívajících dětí v USA, což je závažný problém. Podle nejnovějšího průzkumu Národního institutu o zneužívání léků, zneužívání léků na předpis a léků proti kašli zůstává na vysoké úrovni. Mezi nejčastější látky zneužívané dětmi a dospívajícími patří alkohol, marihuana, inhalační látky a léky na lékařsky předpis. Odhaduje se, že nejméně 4,5 milionu amerických dospívajících jsou kuřáci cigaret. Každý den začíná kouřit téměř 6 000 dětí do 18 let a téměř jedna třetina mladých lidí se stává běžným kuřákem. Kouření cigaret v dětství a dospívání vede k významným zdravotním problémům, včetně nárůstu respiračních onemocnění, snížené fyzické kondici a potenciální retardace plicního růstu a plicní funkce. Studie provedená Michiganskou univerzitou zjistila, že jedna třetina dospívajících ve Spojených státech se cítí každodenně stresovaná. Podle průzkumu provedeným národním centrem pro závislost a zneužívání látek na univerzitě v Kolumbii, u dospívajících s vysokým stresem je dvakrát větší pravděpodobnost než u dospívajících s nízkým stresem, že budou kouřit, pít a užívat nelegální drogy (MCKAYLA, 2009).

4.2.2 RUSOVÉ

Rusové patří také k tradičním českým menšinám. Tato národnostní menšina má většinu času svérázný vztah k dodržováním termínů a časů. Když se u nás zpozdí na schůzku (o deset nebo patnáct minut) je to podle nich úplně v pořádku. V Rusku se v roce 2018 narodilo 1,69 milionu novorozenců, což je o 203 372 méně než v roce 2016. Jde o nejnižší číslo od roku 2008, kdy přišlo na svět 1,71 milionu Rusů (ČTK, 2018). Zdraví dětí v Rusku se blíží ke krizovému bodu. Vyskytují se zde především dospívající HIV pozitivní a taktéž rostoucí populace dětí bez domova. Přibližně 25 % Rusů žije pod hranicí chudoby, zatímco rozpad rodiny, rozvod a drogy ohrožují stále více dětí. Ruská populace dětí bez domova roste, což způsobuje prudký nárůst problémů, jako je alkoholismus a užívání rozpouštědel, postihující děti již od 6 let. V posledních měsících stále více znepokojující situace v Rusku vyvolala novou diskusi o financování a budoucnosti zdravotní péče pro děti. Systém zdravotní péče má spíše důraz na léčbu než na preventivní péči a teoreticky má rozsáhlou síť služeb pro děti. Olga Šarapová, ředitelka ministerstva pro medicínské a sociální problémy rodiny, matek a dětí, na konferenci v Moskvě oznámila, že jen asi 30 % novorozenců je zdravých a 50 jich denně zemře, většinou kvůli špatnému vybavení a školení v mateřských nemocnicích. Ve vzdálených oblastech v Rusku je zdravotní péče slabá nebo nedostupná pro ty, kteří si nemohou dovolit úplatky (PARFITT, 2015).

4.2.3 VIETNAMCI

Výraznější součást vietnamské populace představují děti a mladí lidé žijící v České republice, kteří se narodili po roce 1990. Každý rok se u nás podle Českého statistického úřadu narodí kolem čtyři sta dětí s vietnamským občanstvím. Dle Českého statistického úřadu se v současné době počet dětí ve věku 0-18 let pohybuje kolem 30 %, což činí asi 18 000 vietnamských dětí vyžadujících péči v oblasti ochrany, vzdělávání a v oblasti zdravotní péče (TÓTHOVÁ a kol. 2010). Vietnamci k lékařům přijdou vždy v čas. Při léčení je důležité vysvětlit vyšetření, procedury a testy co nejpřesněji. Kývnou na souhlas, ale nemusí rozumět a ani souhlasit. Pokud pacient požádá o přítomnost člena rodiny, je vhodné mu vyhovět. Zdravotní stav dětského pacienta, není vhodné sdělovat bez konzultace s hlavou rodiny. Rodina často nechce, aby jejich příbuzný byl ve stresu a měl více obav. Vietnamci mají respekt a uznávají lékaře i nelékařský zdravotnický personál. Preventivní prohlídky vyhledávají až tehdy,

když je na ně upozorní lékař nebo sestra (KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, 2009). Sestra v oblasti podmínek poskytování ošetrovatelské péče ví, že pocit pohody a jistoty poskytuje vietnamskému pacientovi rodina. Rodinné vazby jsou pevné. Vietnamci žijí pohromadě s příbuznými, a tak je pojí silná citová vazba. Děti a úcta k starším jsou pro ně nejdůležitější. Rodina má patriarchální charakter (dominantní postavení má muž). Sestra si je vědoma, že v případě nemoci pacienta rozhoduje rodina společně (důležitý názor otce či nejstaršího syna). Sestra ví, že vietnamský pacient je velmi stydlivý, a proto mu zajistí soukromí (SEDLÁKOVÁ, SOUKUPOVÁ, 2007).

4.2.4 UKRAJINCI

Do České republiky přicházejí hlavně za prací a vzhledem k neutěšeným ekonomickým a sociálním poměrům, i velmi špatné zdravotnické péči v jejich zemi, uvádí Dobešová (2010, s. neuvedena).

Specifika v péči o děti příslušníci ukrajinské minority nemají. Ti, kteří mají děti, se starají o jejich zdraví, na preventivní prohlídky s nimi chodí a nechávají je pravidelně očkovat (případně vybírají očkovací látky dle svého uvážení), (TÓTHOVÁ, 2012, s.413). Na Ukrajině rozpadající se špatně financovaný systém zdravotní péče a zprávy o tom, že zdravotní stav dětí se po očkování zhoršil nebo že očkování vedlo k úmrtím, vedly k výrazně snížené míře vakcinace u dětí (STERN, 2015). V srpnu 2016 měla Ukrajina nejnižší imunizaci na světě (UNIAN, 2016). Jako pacienti se dobře přizpůsobují léčebnému režimu. Jsou většinou velmi ukáznění a motivovaní spolupracovat, nemají speciální požadavky. Při komunikaci je potřeba věnovat pozornost různé úrovni znalosti jazyka, všemu, i když dobře nerozumí mohou kývat a říkat, že rozumí. Pozornost třeba také věnovat na slova znějící podobně jako česká a významově odlišná. Někdy mohou odmítat ošetření či případnou hospitalizaci, i když je ze zdravotního hlediska nutná, právě z obavy před finanční náročností a neschopností ji uhradit. Může to být častý problém se zdravotním (ne)pojištěním (DOBEŠOVÁ, 2010).

4.2.5 MUSLIMOVÉ

Podle statistik žije 15 000-20 000 muslimů v České republice. Do ČR přijíždějí muslimové především jako příjemci lázeňské péče. Poskytovat péči pro arabské

muslimy znamená opravdovou výzvu pro většinu sester v rámci celého světa. Má-li být péče o arabské muslimy efektivní, musí si být sestra vědoma toho, jak islám ovlivňuje každodenní život muslimů. V této kultuře je tabu mluvit o tématech jako jsou rodinné a intimní problémy, to platí obzvláště tam, kde se jedná o rozhovor s osobou opačného pohlaví. Stydí se bavit o základních fyziologických funkcích, jako je močení, stolice, výtok, zvracení apod. Neptáme se ženy na děti. Ptát se svobodné muslimské ženy na děti se nehodí, jelikož mimomanželský pohlavní styk je zakázán (KUTNOHORSKÁ, 2013). Do péče o muslimské pacienty výrazně zasahuje rodina, která má přímý vliv na léčbu pacienta. Rodina na všechno dohlíží. Kromě toho se léčba také odvíjí od jejich náboženství – islámu, který má také vliv na péči o nemocného (PRAŽSKÝ, 2012). U muslimských pacientů se setkáváme s doprovody rodinných příslušníků k lékaři nebo na vyšetření. Dítě je doprovázeno bratrem nebo otcem a při hospitalizaci s dítětem zůstává nějaká žena z rodiny (KRÁLÍKOVÁ, 2008).

Před prvním kojením se dítěti vkládá do úst rozmělněný kousek mandle či med, jako symbol sladkosti života. Doporučení Koránu říká, že by mělo být dítě kojeno dva roky. Jelikož není nutné dodržet doporučení Koránu a v současnosti to není možné tak dlouho kojít, většinou dochází k odstavení dítěte v 3. – 5. měsíci. Obřízka je v islámu schválena. Jako důvod uvádějí muslimové možnost znečištění při modlitbě (HÁJEK a BAHBOUH, 2016).

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Problematika edukace a zároveň i vzájemné komunikace s dětskými pacienty a jejich rodiči z různých kultur v ambulantní pediatrické péči se stává stále aktuálnější. Pacienti dětského věku a jejich rodiče často nemají základní informace před ošetrovatelskými invazivními výkony i o tom, co se bude dít a jak se dítě nebo rodič na celém procesu může podílet. Cizinci navštěvující soukromé zařízení Canadian Medical, s. r. o. ale cizinci žijící v České republice často neovládají český jazyk. Hlavním cílem našeho průzkumu bylo na základě rozhovorů se sestrami, které pracují na daném pracovišti, zmapovat znalosti a role sester v oblasti poskytování multikulturní péče dětským pacientům na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s. r. o.

Hlavní cíl

Zmapovat multikulturní přístup dětských sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s. r. o.

Dílčí cíl 1: Zjistit náplň role sestry edukátorky při poskytování péče dětským pacientům odlišné kultury na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s. r. o.

Dílčí cíl 2: Zmapovat problémové situace sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům cizincům.

Dílčí cíl 3: Na základě zjištěných informací o úrovni poskytované péče dětským pacientům odlišných kultur navrhnout edukační leták pro dětské pacienty a sestavit přehled správné doporučené komunikace pro dětské sestry, který lze uplatnit během přípravy na vyšetření dětského pacienta v ambulantní pracovišti pediatrie.

Průzkumné otázky:

1. Jak sestry přistupují k dětskému pacientovi, který vyžaduje kulturně specifickou péči?
2. Jaká oblast ošetrovatelské péče o dětského pacienta jiné kultury se jim jeví jako nejproblematictější?

5.1 METODIKA PRŮZKUMU

Vzhledem ke stanoveným cílům a problematice zkoumaných jevů byl pro empirickou část práce zvolen kvalitativní přístup. Na základě souhlasu vedení kliniky bylo provedeno průzkumné šetření. Nejpoužívanější metoda v kvalitativním šetření je rozhovor (KUTNOHORSKÁ, 2009). Zvolenou výzkumnou metodou byly polostrukturované rozhovory. V textu jsou následně kurzívou zvýrazněné kódovací znaky z kódovacího schématu k polostrukturovaným rozhovorům viz. Kapitola 5.1.4 a v citacích významná přímá řeč respondentek.

5.1.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO SOUBORU

Výběrový soubor kvalitativního zkoumání byl tvořen celkem deseti všeobecnými a dětskými sestrami, které pracují na ambulantním pracovišti pediatrie ve zdravotnickém soukromém zařízení Canadian Medical, s. r. o., různého věku, délky praxe a rozdílného dosaženého vzdělání.

Všech deset respondentek pečuje pravidelně o děti různých kultur a na pracovišti se poměrně často sestávají se specifickým přístupem k těmto pacientům a jejich rodičům. Dotazované sestry souhlasily s uveřejněním našich rozhovorů v bakalářské práci a byly ujistěny o zachování anonymity.

5.1.3 CHARAKTERISTIKA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Realizace průzkumné části pomocí rozhovorů proběhla v termínu od října do listopadu 2018. Průzkumné rozhovory proběhly na základě domluveného termínu, času a místa, které určil respondent. Naším hlavním cílem bylo zjistit náplň role sestry edukátorky při poskytování péče dětským pacientům odlišné kultury na ambulantním pracovišti pediatrie. K dosažení vymezeného cíle jsme si dopředu připravili soubor otázek, které byly doplňovány během rozhovoru se sestrami respondentkami. „*Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek*“ (Švaříček 2014, s. 160). Rozhovor vždy začínal úvodem a vysvětlením, co bude následovat. Předem jsme respondenta obeznámili, že rozhovor bude anonymní a že bude nahráván na záznamové zařízení a pokud se vším souhlasil, rozhovor mohl začít. Rozhovor byl zahájen identifikačními otázkami, které se týkaly věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe, znalosti cizích jazyků sester. Dále jsme chtěli zjistit,

jak často se sestry setkávají s cizojazyčnými pacienty, jak hodnotí komunikaci s cizinci během edukace dětských pacientů a jejich rodičů před ošetrovatelským výkonem, které jsou nejčastější dětské potřeby a ošetrovatelské výkony v pediatrické ambulantní péči. Zajímaly nás také edukační metody sester v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony a reakce dětských pacientů během ošetrovatelských výkonů. V neposledním řadě jsme chtěli zjistit, zda by sestry uvítali na pracovišti pediatrie pomůcku „box na rozptýlení“, která obsahuje různé hračky a umožňuje dětským sestřám odvést pozornost dítěte při provádění ošetrovatelských postupů a pomáhá dítěti vyrovnat se s těžkými nebo bolestivými procedurami.

Během rozhovoru jsme se setkali se vstřícným a velmi ochotným přístupem ze strany sester. Ujistili jsme se, zda se během rozhovorů respondenti cítí příjemně a jsou připraveni odpovídat na pokládané otázky. Během provedených rozhovorů probíhala rovnocenná komunikace, přičemž jsme se snažili respondentům naslouchat. Respondenti byly ujistěny o naprosté anonymitě a nahrávání rozhovoru. Pro nahrání záznamu rozhovoru jsme použili mobilní telefon. Následné výpovědi respondentů byly přepisovány bez stylisticko-gramatických úprav v programu Microsoft Word 2016. Při přepisování rozhovoru byli respondenti označeni písmenem (S1–S10), které je shodné s pořadím čísla rozhovoru (tedy Rozhovor 1 a Respondent S1).

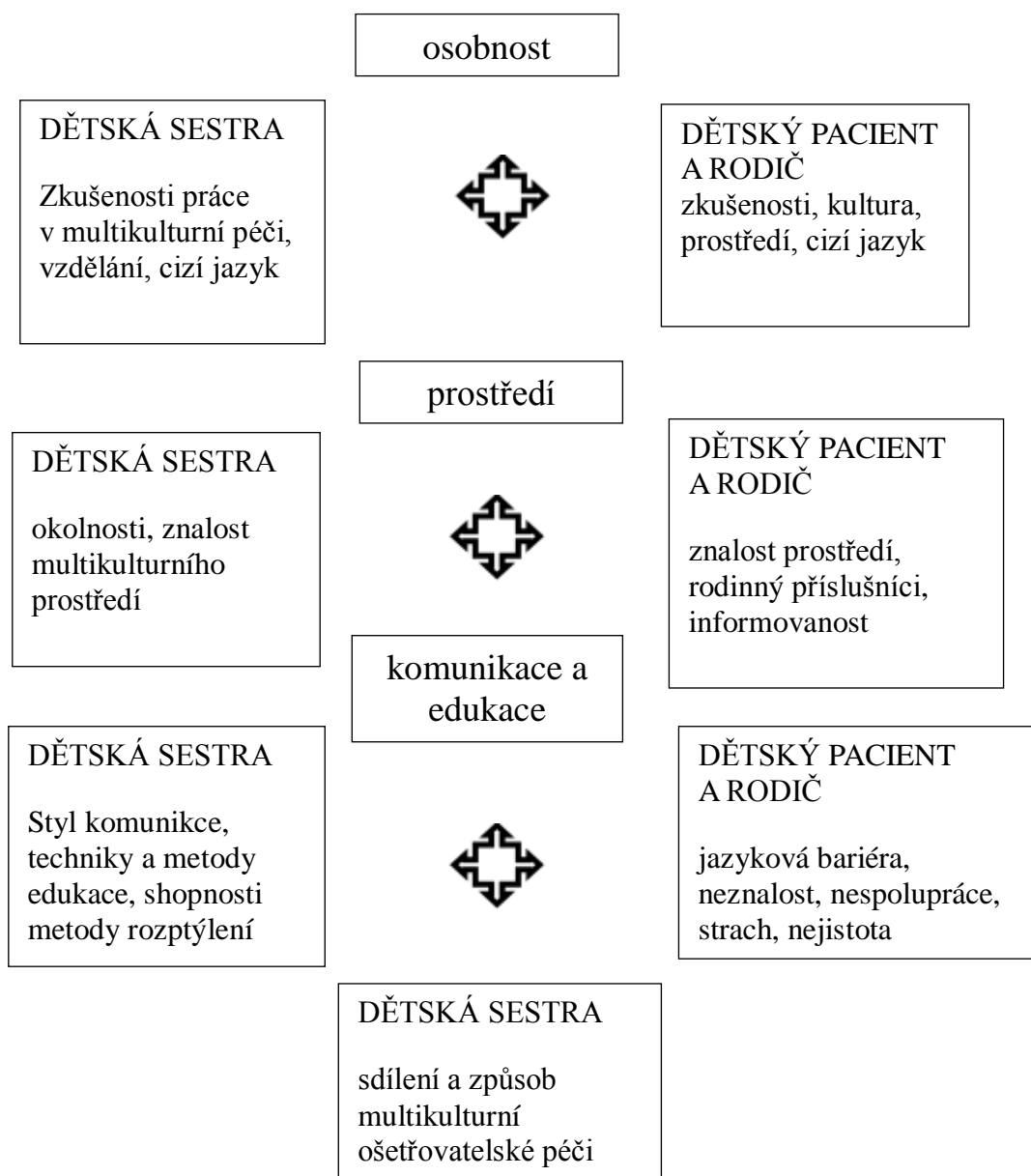
Na základě rozhovorů byl následně navržen praktický výstup a distribuován na ambulantní pracoviště pediatrie Canadian Medical, s. r. o., Praha. Všem sestřám byly tyto materiály následně demonstrovány a bylo vysvětleno jejich používání v klinické praxi. Praktický výstup je uveden v příloze této bakalářské práce.

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor:

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jak dlouho pracujete v primární pediatrické péči?
- Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?
- S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?
- Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

- Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči během edukace před daným ošetřovatelským výkonem?
- Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?
- Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí jiné kultury před ošetřovatelskými výkony?
- Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?
- Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?
- Zúčastnil/a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

5.1.4 KÓDOVACÍ SCHÉMA K POLOSTRUKTUROVANÝM ROZHOVORŮM



Obrázek 1 Kódovací schéma

Zdroj: Modifikováno dle PEKARA, 2015.

Kódovací schéma k polostrukturovaným rozhovorům zobrazuje faktory ovlivňující vznik a průběh komunikace a edukace dětskou sestrou. Schéma zohledňuje okolnosti, které vedly k problému v komunikaci, jež je středem multikulturních dětských pacientů a jich rodičů. Hodnocení je nutno brát ze strany dětské sestry, tak i pacienta. Kódovací znak pro dětské sestry zohledňuje hlavně zkušenosti v multikulturní péči na ambulantním pracovišti pediatrie, dosažené vzdělání a znalost cizího jazyka. Kódovací znak pro dětského pacienta a rodiče zohledňuje kulturu a prostředí, ve kterém se pacient nachází. To vše má vliv na kontakt s dětskou sestrou. Kódovací znak dětská sestra zohledňuje převážně okolnosti a znalost multikulturního prostředí. Kódovací znak dětský pacient a rodič zahrnuje okolnosti, které vedly k problémové komunikaci při edukaci (znalost prostředí, rodinný příslušník či jazyková bariéra). V kódovacím znaku komunikace a edukace (dětská sestra) je hlavní povaha styl komunikace a metody edukace. V kódovacím znaku komunikace a edukace (dětský pacient a rodič) hraje významnou roli neznalost jazyku, nejistota a strach z neznalosti toho co bude následovat. Dále se řeší primární důvody problémové komunikace, negativistické chování dětských pacientů a rozbor, zda tomu jde předejít. Také pocity dětské sestry a její zkušenosti v multikulturní ošetrovatelské péči (PEKARA, 2015).

5.2 ROZHOVORY

Rozhovor 1 (Respondent S1)

Žena, 35 let vystudovaná diplomovaná dětská sestra na vyšší zdravotnické škole. Pracovala na novorozeneckém oddělení a v zahraničí. V primární pediatrické péči pracuje 8 let. Ovládá angličtinu a portugalskou. Uvádí její jazykovou úroveň: „Anglicky se dorozumím bez problému a portugalsky mluvím jenom na základní úrovni“. S cizinci se setkává každý den. Dětské pacienti pocházejí z různých kultur nejčastěji jsou to například Američané, Rusové, Asiaté, Muslimové, Indové a Ukrajinci. Problém v komunikaci s cizinci vidí v první řadě jazykovou bariéru: „Když rodič dětského pacienta cizince mluví jenom jeho mateřským jazykem a nemá s sebou překladatele. Dostáváme se do situace, kdy je to pro nás spolu s pediatrem obtížné a zdlouhavé posoudit co dítěti je, jaké příznaky má a dospět k správné diagnóze dítěte“. Komunikaci v multikulturní pediatrické péči pokládá za hodně důležitou: „Podle mne si děti milují povídat a myslím že je to hodně důležitá část před a během ošetrovatelského výkonu“. Respondentka klade důraz na pochopení rodiče, kterému poprvé onemocní dítě

a nachází se v stresové situaci: „Musíte pochopit, že tito rodiče někdy poprvé prožívají situaci, když jejich dítě onemocní a opravdu je to pro ně jedna z nejtěžších situací v životě, a proto komunikace je v této situaci náročnější. Když maminka nebo tatínek vidí své dítě ležet v nemocnici, všechny tyto úkony spojené s hospitalizací, jako jsou naplánované všechna vyšetření, kterými si jejich dítě musí projít, je to pro samotného rodiče hodně stresující. Takže je musíme chápat, když nějaký rodič přehnaně stresuje. Tihle rodiče začnou být někdy nevrlí, zavalí Vás miliony otázek a taky začnou někdy na Vás zvyšovat tón hlasu“. Smiřuje se s tím, že s ní rodič nekomunikuje na požadované úrovni a chápe jeho těžkou životní situaci: „není to nic takového, co bych nebyla schopná zvládnout na rozdíl od těch rodičů pod stresem, takže to mě moc netrápí, když jsou rodiče v komunikaci na Vás nepříjemní, chápu jich“. Na otázku, kterých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká, respondentka odpověděla: „U malých dětí jsou to spíše běžné dětské nemoci jako horečka, průjem, zácpa, nějaká vyrážka, infekční onemocnění jako například plané neštovice a také virové onemocnění tzv. pátá a šestá nemoc které jsou si hodně podobné“. Popisuje také prostředí a přiznává že: „V ranních hodinách máme toho kvanta. Děláme dětem hodně odběry, při kterých se celkem dost vyčerpáme. V ordinaci jsme bez pediatra, a když máme na stole nespolupracujícího prcka musíme si s ním poradit sami“. Během edukace před ošetřovatelským výkonem dětské sestry tráví hodně času rozhovorem s rodičem a mají možnost poskytnutí různých informačních letáků pro příbuzné dítěte. Reakce dětí během vyšetření jsou spíše podle respondentky negativní, která uvádí: „Každý den máme tady pláč dítěte, menší dramatické divadélko, valení se po zemi, křik, praní se s rodiči ale také i s námi. Nejednou jsem schytala menší kopanec do břicha při odběru krve“. Nespolupráce a nepřipravenost dítěte je příčinou nebezpečného incidentu. Respondentka popisuje: „Dítě sedělo na mamince. Mé dvě kolegyně ho držel z obou stran a já jsem napichovala žílu. V tom, jak urputně bojoval a hýbal se při cuknutí ruky se mi jeho žíla ztratila. Musela jsem ho píchnout podruhé. Mamince seděl na klíně, a jak už ho nezvládala držet, v tom se mu vysmekla noha a kopl mě do břicha. Jen podotknu, že jsme na něj byly tři sestry“. Můžeme tedy usoudit, že během vyšetření nepřipraveného a vyplašeného dítěte dochází k fyzické agresi ze strany dětského pacienta. V tomto případě negativistické chování dítěte v lékařské vyšetřovně je nejčastěji vyvoláno nejistotou a strachem. Z hlediska nabízeného způsobu řešení tohoto chování dítěte pomocí zábavných boxů na jeho rozptýlení, respondentka hledá prevenci: „Tak kdyby to byly nějaké speciální boxy, se kterými si dítě může během

výkonu hrát a pobavit se. Dokud dělám nějaký výkon tak bych to docela ráda uvítala, kdyby nám to zaměstnavatel poskytnul“.

Rozhovor 2 (Respondent S2)

Žena, 60 let. *Dětská sestra, středoškolské vzdělání. Zkušenosti v zahraničí jako Au pair. Praxe v primární pediatrické péči 16 let. Anglicky se domluví na základní úrovni. Uvádí, obtížnou komunikaci s cizincem po telefonu: „S cizinci se jako tak domluví, ale po telefonu už je to těžší, když volá nějaký rodič a má nějaký jiný přízvuk angličtiny, tak to už jsem úplně ztracená“.* S dětskými pacienty jiné kultury má *dlouhodobé zkušenosti: „Za ty léta jsem se v praxi setkala s různými kulturami“.* Uvádí *každodenní kontakt s rodinami jiných kultur. Problém v komunikaci s cizinci v primární pediatrické péči uvádí jazykovou bariéru a časovou náročnost v posouzení správné diagnostiky dítěte: „Většinou se s nimi pediatr domluví, ale přece to zabere spoustu času zjistit přesně, co dítěti je, co ho trápí, jak dlouho má potíže, jaké léky mu rodiče podali, zda mělo dítě horečku, zda je na něco alergické a tak dále“.* Respondentka také uvádí *komplikace, které nastávají při ošetření neregistrovaných pacientů, který navštěvují pracoviště pediatrie, když jsou nemocní: „Pediatr dítě nezná ani žádnou jeho prognózu, takže diagnostika je o něco zdlouhavější“.* Během edukace dětského pacienta a jeho rodiče hodnotí *obtížnou komunikaci s rodiči jiných kultur: „Jako se ve školách rodiče snaží poučovat učitele, jak mají učit, podobně je to i u nás. Některý rodiče jiných kultur se nám snaží radit, jak máme jejich dítě ošetřovat a léčit. Dítě občas přesvědčím daleko snadněji, že něco musím udělat, než jeho matku nebo otce“.* Domnívá se, že *rodiče jsou více vystresovaní a nálada dospělých se přirozeně přenáší i na děti: „Mám někdy takový pocit, jako by ty rodiče byli více vystresovaní a dělali například z obyčejného odběru krve velkou tragédií. Pak je dítě vystresované z rodiče a všechna ta práce je ztracena. Začne vyvádět a plakat, a tak je spolupráce hodně těžká. Nejednou se nám stalo, že jedna z maminek musela opustit ordinaci při odběru krve svého dítěte, protože se jí udělalo špatně“.* *Do prostředí pracoviště pediatrických ambulancí přicházejí děti zdravé a nemocné. Dětské sestry asistují u prevence, očkování, u screeningu novorozence a při vyšetření nemocných dětských pacientů. Věnují se administrativním úkonům jako jsou například potvrzení na školské aktivity, řidičské průkazy nebo pobyty v zahraničí pro větší děti. U dítěte provádí také menší chirurgické ošetření. Edukace a reakce během vyšetření také zaleží na individualitě dítěte. Dětské sestry se snaží*

komunikovat a vysvětlit daný výkon prvně rodičům až pak dítěti. Respondentka popisuje své edukační metody: „Já osobně, když něco vysvětluji rodiči, co jdu dělat, pak to taky sdělím i dítěti, například při očkování mu řeknu, že ho trošku štípne do ramínka komár a názorně ho štípnu, aby mělo představu o tom, jak velká to bude bolest“. Reakce dětí během ošetřovatelských výkonů jsou spíše negativní. Respondentka vzpomíná na situaci: „Vzpomínám, když jsme si museli volat na pomoc zdravotního bratra z dospělého, který musel silněji přidržet 14letého chlapce. Chlapec s námi skoro hodinu bojoval a vůbec se nechtěl dát nabrat ani po opakovaném vysvětlení“. Zdravotnický personál musí někdy jednat násilným způsobem s nespolupracujícími dětskými pacienti. Respondentka si není jistá nabízeným způsobem řešení negativistického chování dítěte pomocí boxů na rozptýlení: „Vůbec nemám ponětí, co to může být, možná něco nového a moderního ze západu. Uvítala bych to, když by to bylo něco nápomocného“. V nabídnutí jazykového kurzu hrazeného zaměstnavatelem prokazuje zájem a přiznává: „Moc ráda bych na takový kurz chodila, protože vím, že moje úroveň angličtiny už není bohužel tak dobrá jako mladých sester, které mají čerstvé zkušenosti ze zahraničí“.

Rozhovor 3 (Respondent S3)

Žena, 33 let. V červnu 2010 dokončila magisterské studium v oboru dětská sestra. V primární pediatrické péči pracuje 1 rok. Zkušenosti práce na novorozeneckém oddělení a stáže v zahraničí. Jazykovou úroveň uvádí jako pokročilejší v anglickém jazyku: „Na škole jsem se učila angličtinu a také na různých stážích v zahraničí. Myslím, že mám angličtinu na středně pokročilé úrovni, ale rozhodně nemluvím plynule“. Respondentka nemá jasný přehled ohledně nejčastěji navštěvovaných národnostních menšin dětských pacientů na ambulantním pracovišti pediatrie CM: „Nejčastěji netuším, ale s většinou se domluvím anglicky, takže asi Angličané, Američané, Australané“. Za největší problém v komunikaci s cizinci uvádí nedorozumění vzhledem k neznalosti jazyku pacienta: „Když umí pouze svůj jazyk, to znamená jiný než anglický“. Komunikaci během edukace cizojazyčných dětských pacientů respondentka nepokládá za důležitou: „V angličtině problém nevidím žádný, bohužel v jiném jazyku se nedomluvím. Takže když nemluví anglicky ani česky je to náročné jim něco vysvětlit, ztrácíme tak hodně času na jiné pacienty a administrativní úkony“. Dětské pacienty přicházejí nejčastěji k pediatrovi z důvodu onemocnění, nachlazení, průjmu, horečky

uvádí respondentka. *Edukační metody v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony* respondentka využívá *názornou ukázkou za pomoci reálných pomůcek*: „Některé děti absolutně nesnášejí výtěr z krku jako je Střep test, který u nás na klinice děláme hodně často při podezření na streptokoka v krku. V momentě, jak otevřou ústa, tak se leknou a cuknou nebo Vám tu štětičku rukou odstrčí pryč, takže *já osobně když dělám výtěr názorně ukážu štětičku a dovolím jim na ni sáhnout, aby věděly, že to nebude bolet*“. *Dětsí pacienti všeobecně během vyšetření mají strach a pocítují nedůvěru vůči zdravotnickému personálu* vzhledem na nepřípravenost, která by měla být v rukou rodiče. Respondentka pocítuje, že: „rodiče často nefungují tak, jak by měli a děti na výkon nepřípraví, i když mají na to čas. Necháávají to vše na sestřách. *Děti pak přicházejí do ordinace vystrašený, vůbec netuší, kde jsou, co se jim jde dělat. Během vyšetření nedovolí pediatrovi ani na ně sáhnout. Některé musíme spolu s rodičem držet, aby je pediatr mohl vůbec vyšetřit*“. *Přípravenost dítěte před návštěvou lékaře sehrává důležitou část v chování dítěte a odráží jeho reakce během vyšetření*. V tomto případě setkání dítěte se zdravotními pracovníky je významnou výchovnou záležitostí a je třeba, aby bylo náležitě využito bez ohledu na původ dítěte. *Respondentka hledá řešení v nabízené pomůcce box na rozptýlení dítěte, který umožňuje dětským sestřám odvést pozornost dítěte při provádění ošetrovatelských postupů*: „Upřímně řečeno nevím, co to za pomůcku může být. Možná nějaký přenosný box, ale co v tom je, to netuším. *Kdyby to mělo pomoci v ošetrovatelské péči o naše dětské pacienti tak bych to uvítala*“.

Rozhovor 4 (Respondent S4)

Žena, 23 let. *Vystudovaná jako zdravotnický asistent a všeobecná sestra s bakalářským titulem, 1 rok praxe v oboru primární pediatrické péče. Plynule ovládá angličtinu a francouzštinu*. V multikulturním prostředí se nachází každý pracovní den. *Nejčastěji se setkává s rodinami různých kultur z Velké Británie, Kanady, Francie, Ameriky, Afriky, Ruska, Ukrajiny, Japonska a Číny*. Komunikace s cizinci jí a pediatrům nedělá problém vzhledem na *dobrou jazykovou vybavenost*. *Jako problém v komunikaci s cizincem* uvádí: „*Já bych řekla, že je to spíše nesprávné pochopení léčby a spousta dotazů co se týče pacienta z jiné kultury*. Mě osobně se zatím nestalo, že bych sem se s dětským pacientem a jeho příbuzným nedomluvila. *Pediatři tady mají skvělé jazykové dovednosti, takže bych neřekla, že by měli problém se domluvit s rodiči cizinci*“. Respondentka ze své zkušenosti ohledně edukace dětského pacienta uvádí: „na dítě se

musí hlavně pomalu a podle věku dítěte mu daný výkon zřetelně vysvětlit. *Ještě větší důraz musím klást na komunikaci, když je dítě a rodič z jiné kultury. Ověřit, zda všemu správně porozuměli“.* Při edukaci cizojazyčných dětských pacientů respondentka klade větší pozornost a pokládá ji za důležitou část multikulturního přístupu. *Chápe neznalost a velkou potřebu edukace dětských pacientů a jejich rodičů jiných kultur: „Stává se, že rodiče mají na Vás mnoho dotazů, takže ještě jim to musím víckrát zopakovat, a případně i názorně ukázat. Podle mě je to úplně normální, zvláště, když jsou to děti a rodiče cizince“.* Důvody návštěvy pediatra jsou různé, protože *do ordinace přicházejí děti zdravé i nemocné z úplně jiných kultur.* Mezi základní potřeby patří první vstupní prohlídky, kde respondentka popisuje: *„První vstupní prohlídky provádíme, když je dítě u nás poprvé. Preventivní prohlídky, přijetí novorozence do péče a očkování u kterého závisí jaké jsou pacienti národnosti, a podle toho, jaký očkovací kalendář mají, se v očkování postupuje“.* V pediatrické péči v multikulturním přístupu k dětským pacientům je hodně důležité nejen aplikovat své ošetřovatelské dovednosti, ale být schopni používat metody rozptýlení u dítěte během prováděného výkonu. Jako využívané edukační metody respondentka popisuje: *„Snažím se dítěti vysvětlit, anebo popřípadě ukázat, co se bude dělat, a ujistit ho, že se nemá ničeho bát, pokud samozřejmě spolupracuje. Musíte prostě dítě překvapit, hodně si s ním povídat, protože děti si povídají rády a řeknou Vám hodně zajímavých věcí, co prožívají mimo nemocnice“.* Také popisuje reakce dětského pacienta: *„jedné holčičce jsem musela přelepit náplast na palec ruky. Začala jsem na ní mluvit, že už konečně se zbaví ty náplasti, že to dáme pryč a hned v tom momentě, jak jsem jí to řekla, schovala ruku a začala protestovat vůči sundání náplasti“.* Respondentka hledala pomoc u staniční sestry pediatrie, která jí doporučila *použít metody rozptýlení.* Respondentka začala s dětskou pacientkou komunikovat: *„Začala jsem se jí ptát na školu, na její oblíbené předměty ve škole, na domácí zvířátka a tak dále. Holčička se nestačila ani divit a náplast byla pryč“.* V tomto případě můžeme zhodnotit, že komunikace na požadované úrovni mezi sestrou a dětskou pacientkou byl jeden z úspěšných přístupů. S nabízenou pomůckou box na rozptýlení pro dětské pacienty se respondentka ještě nesešla, ale po vysvětlení využití boxu by takovou pomůcku v praxi uvítala: *„Bylo by to fajn něco takového tu tady mít. V praxi by to pomohlo dítě zabavit a odvést jeho pozornost během vyšetření“.*

Rozhovor 5 (Respondent S5)

Žena, 30 let. Vystudovaná jako *diplomovaná dětská sestra. Praxe v primární pediatrické péči celkem 8 let. Ovládá angličtinu na komunikativní úrovni. Udává každodenní návštěvy cizinců na ambulantní pracovišti pediatrie, kde pracuje: „Řekla bych, že, většina žije tady v Praze nebo některý jsou na cestách a přijedou jako turisté. Nejvíce to budu asi Američané, Francouzi a Angličané“.* Respondentka popisuje *multikulturní prostředí a způsob komunikace s cizinci: „jsou to přece lidé jiné mentality, tak ty věci, co jim vysvětlujeme, chápou jinak. Řekla bych asi hodně nedorozumění mezi sestrou, dítětem a jeho příbuzným“.* Během přípravy na výkon dětského pacienta jiné kultury respondentka poznamenává, že *dětské sestry dělají vše pro dobro dětského pacienta, nikoliv jeho rodičů: „Pokud tedy dítě něco potřebuje, musíte to pro něj udělat. Samozřejmě, předtím se snažíme vše rodičům vysvětlit a získat si jejich důvěru. Někdy se však stává, že příbuzní odmítají nebo žádají určité zákroky z ideologických či náboženských důvodů“.* Uvádí *zkušenost z praxe: „Pamatuji si na jednoho muslimského rodiče, který se takto choval. Přišel s početnou rodinou na odběr krve jeho tříleté dcerky. Odběr probíhal komplikovaně, protože holčička nebyla napitá. V žíle jsme vždy úspěšně byli, ale nic neteklo. Po druhém pokusu jsem otce požádala ať dá dítěti napít. Odpověděl, že pít nemůže, protože drží celá rodina ramadán“.* *Dětské sestry se snažily vhodně komunikovat s rodinným příslušníkem dítěte a navrhnout řešení náhradního termínu odběru krve. Otec dětského pacienta odmítal vhodné řešení a trval na provedení odběru krve jeho dcery v daný den. Dětské sestry se v tomto případě musely přizpůsobit a respektovat náboženství dané kultury rodiny dětského pacienta.* Respondentka vzpomíná: *„Chudák holčička se nám skoro od toho pláče a trápení poblínkala. Na počtvrté jsme jí úspěšně nabrali. Bylo mi jí strašně líto a s tím otcem jsem se už vůbec nebavila“.* V souvislosti s využitím *edukačních metod před vyšetřením dětského pacienta se respondentka snaží vysvětlit rodiči, co bude dítěti dělat a co to obnáší, popřípadě ho poprosí o spolupráci: „Většinu rodičů žádám, aby si sedli na vyšetřovací stůl a dítě si sedlo na jejich kolena. Musí ho pevně držet, tak jim názorně ukážu, jak si ho mají správně chytnout“.* *Reakce dětských pacientů cizinců jsou pak spíše negativní vzhledem na nepřipravenost a nesprávný přístup komunikace dětské sestry k ošetřovanému dítěti: „Dítě někdy začne kopat a prát se, například při odběru volám další sestru na pomoc držet pevně ruku. Běžně Vám odhodí výtěrovku nebo znehodnotí jehlu. Také jsou i děti, které Vás vůbec nemají rády a pokaždé vyplazí jazyk, když na ně začnete mluvit. No prostě jsem si už za tu dobu zvykla“.* V tomto případě přístup dětské sestry

k dětskému pacientovy jiné kultury a příprava na daný výkon se jeví jako nedostatečné. *Sestra by měla spíše daný výkon vysvětlit přímo dětskému pacientovi i bez ohledu na jeho odlišnou kulturu a na úroveň porozumění. Respondentka sděluje, že si na negativní reakce dětských pacientů již zvykla, ale snaží se hledat prevenci v nabízené pomůcce boxu na rozptýlení určené na odvedení pozornosti dítěte během prováděného výkonu: „Zní to docela jako dobrý a prospěšný nápad. Kdyby to děti upoutalo a zabavilo během vyšetření, byl by větší klid a nemuseli bychom se s nimi tolik prát“.*

Rozhovor 6 (Respondent S6)

Žena, 54 let. Dětská sestra se středoškolským vzděláním. Praxe v oboru primární pediatrie 10 let. V primární péči se věnuje už jen laktačnímu a podologickému poradenství. Ovládá angličtinu a ruštinu na komunikativní úrovni. Ruštinu nevyužívá aktivně, jenom při pomoci lékaři s překladem azbuky v očkovacím průkazu dítěte nebo lékařské zprávy z Ruska. V multikulturním prostředí se nachází každý pracovní den a uvádí nejčastěji se vyskytující národnostní menšiny: „Američané, Angličané, Rusi, Asiaté, Muslimové, Afričané, Ukrajinci, tak máme to tu pestré“. Problém v komunikaci vidí jednoznačně jazykovou bariéru s rodičem dítěte a uvádí příklad jednoho otce: „Otec, který k nám vždy chodí se svými dcerkami, když onemocní. Pán nikdy neumí odpovědět na otázku, co ho přivádí do ordinace a jaké mají jeho děti problém“. Respondentka bývá překvapená ohledně nepřipravenosti rodiče cizince před vstupem do pediatrické ambulance: „To mě dost zaskočí, když už se nedokáže ani připravit a napsat na papír pár základních slov, například horečka, kašel a bolest hrdla. Takhle bychom už dopředu věděli, jaké mají jeho děti potíže“. Během edukace se respondentka snaží rodičům v angličtině vysvětlit, jak se mohou na určitý výkon spolu s dítětem připravit a popřípadě, jak se mohou na něm podílet. Uvádí taky možnost poskytnutí různých informačních letáků: „Když mají rodiče zájem, poskytujeme pro ně různé letáky také i v angličtině s informacemi, například o očkování, starostlivost o novorozence, jídelníček dítěte“. Edukace probíhá i komunikací po telefonu s cizojazyčným rodičem, kdy by měly dětské sestry poskytnout pomoc a správně rodiče edukovat. V tomto případě je nezbytná výborná jazyková vybavenost dětské sestry: „Edukujeme je také i po telefonu, když nám přepojí z call centra, rodiče, který má doma nemocné dítě, tak v tomto případě je to obtížnější, hlavně bych řekla pro ty nové sestry, které si nejsou ještě tak jisté a zkušené v poskytnutí správných rad v první pomoci anebo taky v komunikaci v angličtině“. Praktické zkušenosti dětských sester jsou

v primární pediatrické péči v multikulturním přístupu rozhodující. Na otázku, jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká, respondentka odpověděla, že jeden s častých důvodů jsou virózní onemocnění: „především virové infekce dýchacího traktu. Dále to jsou časté virózy zažívacího traktu, virózy chřipkového typu nebo typická dětská onemocnění apod. Také k nám přichází děti s angínami bakteriálními, ale i virovými“. Na ambulantním pracovišti pediatrie dětské sestry asistují také u menších chirurgických zákroků, jako například obřízky u novorozenců, které jsou v jiné kultuře u mužského pohlaví povinné: „také asistujeme u obřízky miminka, kdy se výkon provádí ambulantně u chlapců do 1 měsíce. Před obřízkou musíme poskytnout velkou část informací ohledně výkonu, které rodiče jiných kultur vyžadují.“ Jako edukační metody před ošetrovatelskými výkony využívá respondentka vysvětlení a názornou ukázkou s ohledem na rozumové schopnosti dítěte a udává důležitost edukace dětského pacienta: „Co se týče edukace dětí, je to trošku náročnější jim říkat co se jim bude zrovna dělat. Každé dítě to pojme jinak. Ale myslím si, že je lepší jim to říct co je čeká než jim to zatajit“. Respondentka popisuje událost neinformovanosti dětské pacientky o nutném provedení očkování: „Do ordinace šla s tím, že jde na prevenci. Došlo na řadu povinného očkování, a tak holčička začala plakat, vyvádět, válet se po zemi a křičet na matku, že ji oklamala a zradila. Já, spolu s další sestrou a pediatrem, jsme se jí snažili uklidnit a přesvědčit, že to nebude nic tak strašného. Holčička zůstala skoro přes půl hodiny schoulená v koutě v ordinaci“. Rodinný příslušník to preferoval dítěti zatajit vzhledem k averzi z očkování svého dítěte. Můžeme konstatovat, že dítě tak ztrácí důvěru v rodiče a může se stát, že se tím pak zoufaleji brání výkonu. V popisu reakcí dětských pacientů jiných kultur respondentka uvádí, že děti jiných kultur jsou spíše před a během výkonu více vystrašeny a nedůvěřují tolik sestrám, protože neovládají jejich rodný jazyk a tím pádem jim nemohou daný výkon vysvětlit. Prostředí pro dětské pacienty cizince je úplně nové a obtíže v chování jsou většinou vyvolané buď strachem z něčeho konkrétního, nebo, a to častěji, úzkostí z něčeho neurčitěho a jenom nejasně tušeného. Boxy na rozptýlení dítěte jako pomůcku na pracovišti, kde respondentka pracuje, hodnotí pozitivně: „Já jsem otevřená všem novým možnostem. Myslím, že moderní metody na rozptýlení dětského pacienta by mohly být jedním z úspěšných řešení v praxi u nás na pediatrii“.

Rozhovor 7 (Respondent S7)

Žena, 24 let. Vystudovaná sestra bakalářka na lékařské fakultě Ostravské univerzity. Zkušenosti v primární pediatrické péči půl roku. Angličtina na komunikativní úrovni. Od té doby, co respondentka pracuje na ambulantní pracovišti pediatrie Canadian Medical, se setkala s mnohými různými kulturami. Domnívá se, že většina národnostních menšin navštěvující pracoviště jsou Rusové, Němci, Angličané, Američané, obyvatelé Arabských zemí, Asiaté. Problém komunikace s cizinci vidí u zdravotníků jako nedostatečnou úroveň jazykové vybavenosti a špatné vzdělávání již od střední školy. U cizinců uvádí neochotu hovořit v jazyce blízkém zdravotníkovi. Před daným ošetrovatelským výkonem neudává žádný problém, pokud se jedná o komunikaci ve stejném jazyce dětské sestry a ošetřovaného dítěte. V případě neznalosti jazyka ze strany dětské sestry nebo dětského pacienta nastává vysvětlení daného výkonu jen rodiči. Při komunikaci s rodiči dětských pacientů se respondentka setkává se spoustou nedorozumění a nespolupráce. Uvádí příklad: „když rodiče informujeme, že pokud je dítě nemocné a má tělesnou teplotu vyšší než 37 °C, bohužel očkováno být nemůže. I přes informace námi podané k nám do ordinace přijedou a chtějí své dítě očkovat. To mě vždy naštvě“. Na otázku, co nejvíc přivádí dětské pacienty na ambulantní pracoviště pediatrie, respondentka poukazuje na velkou potřebu administrativní práce: „Musím také říci že máme velké množství administrativy, které patří také mezi potřeby našich klientů, a také s tím spojené vystavení různých potvrzení pro školy, kroužky, školy v přírodě, potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte, potvrzení na řidičský průkaz a tak dál. Myslím si, že ani jedna z mých kolegyně administrativní povinnosti nemají v oblibě, ale bohužel je to také součástí pediatrické péči. Neuděláme s tím nic“. Edukační metody, jako vysvětlování a rozhovor, je podle respondentky časově náročné hlavně u dětských pacientů jiných kultur. Sděluje: „Když to dítě nerozumí česky ani anglicky, vysvětlím rodiči, co mu budu dělat, a ten mu to pak přeloží“. Respondentka sděluje, že od doby, co pracuje na daném pracovišti pediatrie, je zaskočená některými reakcemi dětí: „Některé děti k nám do ordinace nechťejí ani vkročit, a to už vůbec se nechat dát vyšetřit. Jsou to děti různého věku, od těch nejmenších až po teenagery. Nevím, čím je to, když je musí rodiče promlouvat, aby si například sedli na vyšetřovací stůl, otevřely ústa, vyhrnuly rukáv“. Ohledně řešení v poskytnutí pomůcky v podobě boxu na rozptýlení dítěte jeví respondentka zájem: „Asi bych to brala, kdyby to mělo

pomoci dětským pacientům“. *Zájem o zúčastnění se jazykového kurzu na pediatrii nám respondentka nepotvrdila vzhledem k jejím omezeným časovým možnostem.*

Rozhovor 8 (Respondent S8)

Žena, 27 let. Magisterské vzdělání v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii. Praxe v primární pediatrické péči 7 měsíců. Cizí jazyky angličtina, portugalština a slovenština. Jazykové úrovně uvádí: „Anglicky se domluvím na komunikativní úrovni, takže se s klienty domluvím bez problému. S portugalštinou jsem na základní úrovni. V práci ji nepoužívám“. Popisuje multikulturní prostředí: „V poslední době bych řekla, že se střetávám hodně s Japonci a rusky mluvícími pacienty, ale také samozřejmě Angličané a Američané“. V komunikaci s cizinci považuje za problém nedorozumění, když neumí ani anglicky ani česky: „Někdy mne špatně pochopí, co od nich chci. Tím pádem pak dochází ke komunikačním šumům a k dezinformaci“. Respondentka vysvětlí daný výkon dětskému pacientovi, pokud mluví anglicky. Když dítě neovládá ani jeden z jazyků, dětská sestra řeší edukace vysvětlením rodiči, který to pak přetlumochí svému dítěti. Situaci hodnotí: „Je to náročnější, když dítě nerozumí a není obeznámeno s tím co mu jdu dělat. Když na něho například sahám, pak mi až tak nevěří, protože informace o výkonu nejsou podané ode mne“. Mezi potřeby dětských pacientů v ambulantní pediatrické péči patří zejména očkování a sním spojená dokumentace, prevence, biologické odběry. Různé onemocnění, jako například dýchacích cest, močových cest, virové onemocnění, bakteriální onemocnění, streptokoková angína, kde respondentka uvádí: „na tohle onemocnění máme specifický přístroj Streptest, který nám vyhodnotí za pár minut výsledek výtěru z krku. Takže pediatr může hned určit diagnózu a nasadit dítěti potřebné léky“. Z edukačních metod u dětských pacientů respondentka využívá názornou ukázkou, slovní edukace, edukační metoda formou hry při prevenci, kterou popisuje: „když ověřuji sluch nebo zrak dítěte, tak mu například vysvětlím, že si má zakrýt jedno oko a má mi říkat písmenka, na které ukážu, před výkonem se zeptám, jestli je připravené a ověřím si, jestli všemu porozumělo“. Dětská pacienty jiných kultur reagují během výkonu individuálně. Respondentka uvádí nejčastěji pláč, strach, co se bude dít, protože to nikdy nezažili, ale také i pozitivní reakce dětí: „někdy reagují úplně v pohodě a fakt spolupracují. Například jedna 5letá holčička, kterou jdu píchat, tak se ani nehne, pak při odchodu řekne děkuji a nahledanou. Řekla bych, že záleží hodně na výchově rodiče, jak své dítě na daný výkon připraví. V některých rodinách se stává, že

děti jsou dosud strašeny lékařem, nemocnicí, injekcemi“. Můžeme tedy usoudit, že v takových případech pak nezřídka dítě vnímá návštěvu u lékaře jako trest za nějaké tajemné provinění a úzkostně očekává, co se bude dít. Respondentka na otázku *možného řešení v podobě boxu na rozptýlení dítěte prokazuje motivaci* a odpovídá: *„Bylo by to super. Akorát by bylo třeba pořídit herního terapeuta anebo si udělám klidně školení i já“.*

Rozhovor 9 (Respondent S9)

Žena, 25 let. Vystudovaná diplomovaná všeobecná sestra a také všeobecná sestra bakalářka. Praxe v primární pediatrické péči 2 roky. Respondentka uvádí, že za 14 dní nastupuje na mateřskou dovolenou. *Mluví jazyky angličtinou a ruštinou, které ovládá na úrovni: „angličtinu na komunikativní úrovni. Rusky umím jenom básničky a písničky pro děti“.* Nejčastěji se vyskytující národnostní menšiny dětských pacientů na pracovišti, kde respondentka pracuje, jsou *Američané, Asiati, Blízky východ, Pákistán, Saudská Arábie, Indie, Rusi, Ukrajinci.* Respondentka se vyjádřila na otázku týkající se *problému v komunikaci s cizinci:* *„Určitě bych řekla neznalost jazyka a taky někdy arogantní chování příbuzného nebo rodiče. Jednou mi řekla netrpělivá máma svého novorozence, že mi strašně dlouho trvá odběr krve, a že vůbec neumím odebírat miminko. Odebrala jsem na poprvé a myslím, že to netrvalo až tak dlouho“.* *Smiřuje se s nepříznivým chování rodiče:* *„Už se nad tím nepozastavuji a beru to jejich věčné poučování jako samozřejmost“.* Během edukace cizojazyčného dětského pacienta *hodnotí komunikaci:* *„Mluvím prvně s dítětem, informuji ho o výkonu, který budu provádět, případně názorně ukážu na pomůckách, seznámím s výkonem doprovod a poprosím o případnou spolupráci. U některých dětí cizinců, kteří až tak dobře nerozumí, co jim říkáme, je velká potřeba přípravy a vysvětlení, co je pro nás časově náročnější. Sestry by měli dítěti odpovídat na všechny položené otázky, čekat, až si to dítě rozmyslí a dá jim povolení“.* Respondentka popisuje *nejčastější dětské potřeby, kterých se návštěva pediatra týká, a s tím spojené úkony:* *„Většinou jsou to různé výtěry z krku, nosu, oka a konečníku, pak odběry krve ze žíly nebo z prstu, moči na chemické vyšetření. Také podle potřeby aplikuji léky, což jsou například antipyretika nebo nebulizace. Zdravé děti přicházejí na prevence, očkování, kontrolní a sportovní prohlídky“.* V přípravě dětského pacienta jiné kultury na ošetrovatelský výkon respondentka popisuje edukaci: *„Názorně určitý výkon ukážu, když to dítě vyžaduje,*

anebo rozptýlím dítě nějakou hračkou v ordinaci, když to jde. Edukuji je jako všechny ostatní děti. Když během rozhovoru nechápou, co od nich chci, tak to prostě vysvětlím rodiči a je to vyřešeno“. Reakce dětských pacientů jiných kultur během vyšetření respondentka popisuje: „Je to úplně individuální. Někteří preferují hraní si a povídání, u některých je dobře udělat výkon hned a dále to neprodlužovat“. Myslí si, že v přípravě dětí na vyšetření u pediatra jsou na chybě rodiče a poznamenává: „dětí, které nejsou připravené a smířené s tím předem, jsou vizitkou především rodiče, který by měl zaujmout místo v přípravě svého dítěte, kterého čeká prohlídka u pediatra. Bohužel, ti rodiče všechno podstatné nechávají na nás, a pak, už když jsou v ordinaci, je těžko vysvětlovat a mluvit s dítětem, když hystericky řve, skrývá se před vámi nebo na vás plazí jazyk“. Respondentky jsme se taky ptali, jak by uvítala boxy na rozptýlení dítěte jako pomůcku na pediatrii a odpověděla: „Uvítala bych moc ráda. U nás na pediatrii máme taky pár různých hraček na pobavení, ale bohužel nám nezbylo toho hodně, protože si to děti vzaly a už to do ordinace nevrátily“. Respondentka se také vyjádřila k otázce ohledně zúčastnění se pediatrického jazykového kurzu: „Už jsem jeden absolvovala a myslím si, že je to hodně přínosný, pokud ho zaměstnavatel nabízí, tak by to měl určitě každý jistě využít“.

Rozhovor 10 (Respondent S10)

Žena, 28 let. Dětská sestra s magisterským vzděláním. Zkušenosti v primární pediatrické péči 1,5 roku. Cizí jazyk angličtina. Úroveň anglického jazyka B1 – pokročilá. Popisuje multikulturní prostředí v praxi, se kterými se setkává nejčastěji: „Řekla bych, že jsou to převážně rodiny z Anglie, Ameriky, Izraele, Ruska, Japonska“. Jako problém v komunikaci s cizinci uvádí jazykovou bariéru: „Pacienti často nerozumí anglicky a je těžké se s nimi domluvit“. Na otázku, jak hodnotí komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich příbuznými během edukace před daným ošetrovatelským výkonem, odpověděla: „Vždy se před výkonem snažíme vše vysvětlit, aby dětský pacienti porozuměli výkonu“. Respondentka odpovídá také na otázku, kterých nejčastějších dětských pacientových potřeb se návštěva pediatra týká: „Nemoc dítěte, což obnáší potřebné vyšetření pediatrem, a následně podle pokynu lékaře provádíme ošetrovatelské výkony jako například odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, převaz rány, podání léčiv, ale také i mnoha administrativních potřebných úkonů“. Jako edukační metody v souvislosti s přípravou dětského pacienta

na ošetrovatelský výkon využívá zejména *rozhovor a demonstrace*: „Snažím se s dítětem mluvit, když mi rozumí, co mu říkám. Také se snažím demonstrovat určitý výkon na pomůčkách, pokud moc nebrečí a vnímá mě“. Reakce dětských pacientů jiných kultur jsou podle respondentky *více nedůvěryhodné*: „Řekla bych, že nám některý až tak nevěří a jsou spíše více vystrašené“. Respondentka se zmiňuje o *nepřipravenosti dítěte s následně negativistickým chováním*: „Záleží také, jak to dítě do ordinace přijde připraveno, když už přichází k nám do ambulance a slyším šílené brečení už na dálku, tak už mi je jasné, co to zase bude v ordinaci za boj, aby se nám dítě dalo vůbec vyšetřit“. K nabídnuté možnosti řešení nepřiměřeného chování dítěte na ambulanci pediatrie za pomůcky boxu na rozptýlení dítěte odpovídá: „Možná ano, kdyby to všechno ty děti nerozebraly a neodnesly s sebou domů“.

6 DISKUZE

Rozhovory proběhly s deseti různými respondentkami. U průzkumu sester byly položeny nejdříve identifikační otázky ke zjištění věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe v primární pediatrické péči, znalost cizích jazyků a jejich úroveň. Věk sester se pohyboval v rozmezí 23 až 60 let. Jednalo se především o dětské a všeobecné sestry s různou délkou dosaženého vzdělání. Z 10 rozhovorů má 6 sester vysokoškolské vzdělání, a to tři sestry s bakalářským titulem a tři sestry s magisterským titulem. Zbylé 4 rozhovory se sestrami prokazují, že dvě sestry mají vyšší odborné zdravotnické vzdělání a další dvě sestry mají středoškolské vzdělání v oboru dětská sestra s následnou registrací. Podle MZ ČR (2016) lze obor dětská sestra vystudovat pomocí speciálního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v pediatrii nebo ve vzdělávacím programu specializačního vzdělání v oboru Intenzivní péče v pediatrii, kdy sestra získá specializovanou způsobilost Dětská sestra. Oslovili jsme sestry, které již mají pár let praxe v primární pediatrické péči, tak i sestry, které neměly skoro žádnou dosavadní praxi. Dobrá znalost cizích jazyků se prokázala u 4 respondentek, které ovládají dva cizí jazyky. Zbylých 6 sester ovládá anglický jazyk průměrně na komunikativní úrovni.

Za první dílčí cíl této bakalářské práce bylo stanoveno zjistit náplň role sestry edukátorky při poskytování péče dětským pacientům odlišné kultury na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s.r.o. Edukaci dětského pacienta sestry provádějí různými způsoby. Respondentka S1, využívá k edukaci letáčky, které jsou věnované spíše rodičům: *„Hodně času strávíme rozhovorem a edukací rodiče před samotným vyšetřením. Máme také možnost poskytnutí letáků, co se týče péče o novorozence, očkování dítěte, jídelníček dítěte, přehled preventivních prohlídek, přehled nejčastějších infekčních onemocnění“*. V tomto případě by se nemělo zapomenout na důležitost, komu jdeme daný výkon provádět, to znamená, že respondentka by měla věnovat více pozornosti komunikaci s dětským pacientem než s jeho příbuzným. Respondentka S2 uvádí individuální přístup, kdy je u každého dítěte potřeba dělat něco jiného: *„při očkování mu řeknu, že ho trochu štípne do ramínka komár a názorně ho štípnu, aby mělo představu o tom, jak velká to bude bolest.“* Názornou ukázkou za pomoci reálných pomůcek využívá také respondentka S3: *„když dělám výtěr z krku, názorně ukážu štětičku a dovolím jim na ni sáhnout, aby věděly, že*

to nebude bolet.“ Využívání rozptylovacích metod pomocí rozhovoru s dítětem pokládá respondentka S4 za důležité: „*Myslím, že v pediatrické péči je hodně důležité být schopen nejen aplikovat své ošetrovatelské dovednosti, ale být schopni používat metody rozptýlení. Musíte prostě dítě překvapit, hodně si s ním povídat, protože děti si rády povídají a řeknou Vám hodně zajímavých věcí, co prožívají mimo nemocnice*“. Můžeme konstatovat, že příprava dětského pacienta na vyšetření je podstatně efektivnější, když respondentka použila vhodný typ komunikace, kterou zaujala a odvedla pozornost dítěte. Respondentka S5, podobně jako respondentka S1, nevěnuje dětskému pacientovi během edukace dostatečnou pozornost a spíše se zaměřuje na rodiče dítěte: „*Snažím se vysvětlit rodiči, co budu dítěti dělat a co to obnáší, popřípadě ho poprosím o spolupráci. Většinu rodičů žádám, aby si sedli na vyšetřovací stůl a dítě si sedlo na jejich kolena. Musí ho pevně držet, tak jim názorně ukážu, jak si ho mají správně chytnout*“. Respondentka S6 tvrdí, že edukace dětských pacientů jiné kultury je náročnější a hodně záleží na individualitě dítěte, jako edukační metody využívá rozhovor, vysvětlení přiměřeně věku dítěte a názorní ukázkou. Uvádí také potřebu edukace po telefonu, když cizojazyční rodiče volají do ambulance pediatrie, kteří potřebují radu ohledně léčby svého nemocného dítěte: „*Edukujeme jich také aj po telefonu, když nám přepojí z call centra, rodiče, který má doma nemocné dítě, tak v tomhle případě je to obtížnější, hlavně bych řekla pro ty nové sestry, které si nejsou ještě tak jisté a zkušené v poskytnutí správných rad v první pomoci anebo taky v komunikaci v angličtině*“. V tomto případě je nezbytná výborná jazyková vybavenost v roli dětské sestry, schopnost poskytnutí správných rad a také kvalitně rodiče edukovat. Respondentka S7 uvádí, že edukace je časově náročnější a dělá jí problém, pokud se jedná o dětského pacienta jiné kultury: „*Vysvětlování a rozhovor, což je docela časově náročné, zvláště když se jedná o dětské pacienty z jiné kultury. Když to dítě nerozumí česky ani anglicky, vysvětlím rodiči, co mu budu dělat a ten mu to pak přeloží*“. Respondentka S7 vzhledem na jazykovou bariéru během edukace dětského pacienta volí komunikaci s rodiči, který pak daný výkon přetlumočí svému dítěti. Dětské pacienty jiných kultur stále potřebují vysvětlovat a pokoušet se komunikovat bez ohledu na úroveň porozumění, a proto role sestry v oblasti edukace dítěte je v tomto případě nedostatečná. Názornou ukázkou, slovní edukace, edukační metodu formou hry uplatňuje respondentka S8: „*při prevenci, když ověřuji sluch nebo zrak dítěte, tak mu například vysvětlím, že si má zakrýt jedno oko a má mi říkat písmenka, na které ukážu, před výkonem se zeptám, jestli je připravený a ověřím si, jestli všemu porozuměl*“. Respondentka správně ověřuje důvěru

a připravenost dětského pacienta. Podobně, jako respondentka S1, S7, řeší situaci i respondentky S9 a S10, které uvádějí: *„Edukuji je jako všechny ostatní děti, když během rozhovoru nechápou, co od nich chci, tak to prostě vysvětlím rodiči a je to vyřešeno“*. Respondentka S10 edukuje dítě jiné kultury vzhledem na jeho spolupráci a porozumění: *„Snažím se s dítětem mluvit, když mi rozumí, co mu říkám. Také se snažím demonstrovat určitý výkon na pomůckách, pokud moc nebrečí a vnímá mě“*. Sestra nemusí zůstat pouze u rozhovoru a u slovního popisování výkonu, ale může popisovaný výkon ukázat na hračce u malých dětí formou hry a u dospívajících vytvořit atmosféru vzájemné spolupráce (Janačková, 2009). Edukace je jednou ze sesterských intervencí, která vyžaduje cílené vzdělávání ke specifickým kompetencím. Proto, aby mohla být edukace dobře realizována, je nezbytné jí poskytnout v rámci sesterské práce potřebný prostor (Špirudová, 2015). Dílčí cíl jedna navazuje na průzkumní otázku číslo 1.: Jak sestry přistupují k dětskému pacientovi, který vyžaduje kulturně specifickou péči? Odpověď zní: Podle našeho názoru se v této situaci respondentky S1, S5, S7, S9 a S10 v roli edukátorky nezhostily příliš dobře. Nevěnovaly dítěti dostatečnou pozornost a čas na pochopení a vyrovnání se s podanými informacemi a neprojevíly porozumění vzhledem k odlišnému jazyku dětského pacienta.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat problémové situace sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům cizincům. Respondentky v odpovědích uvádějí více problémových situací v komunikaci s rodinnými příslušníky jiné kultury, úkony spojené s respektováním jednotlivých kultur při ošetrování dětského pacienta cizince, a v neposledním řadě v reakcích dětských pacientů cizinců během vyšetření v ambulanci pediatrie. Z celkového počtu 10 respondentek vyjádřilo jako problém v komunikaci s cizinci jazykovou bariéru 9 respondentek. Jedině respondentka S4 neudává problém v jazykové bariéře, s ohledem na její dobrou jazykovou vybavenost, a uvádí: *„Já bych řekla, že je to spíše někdy nesprávné pochopení léčby a spousta dotazů, co se týče pacienta z jiné kultury. Mě osobně se zatím nestalo, že bych se s dětským pacientem a jeho příbuzným nedomluvila“*. Nejčastější překážku v poskytování ošetrovatelské péče pacientovi jiné kultury uvedla také V. Čistecká (2016) ve své bakalářské práci s názvem *„Využití neverbální komunikace v přednemocniční neodkladné péči“*. Ve svém dotazníkovém šetření uvádí, že hlavním problémem při komunikaci s cizojazyčným pacientem je právě jazyková bariéra, a to u 6 (60 %) dotazovaných respondentů z rozhovorů. Na základě tohoto nemalého

problému v multikulturním ošetřovatelství, mohou vznikat nedorozumění, nejasnosti a neznalost dětského pacienta a jeho rodiče v rámci vyšetření. Potvrzuje se tak nezbytnost sester v důležitém nasazení role komunikátora. Další z problémových situací, které respondentky vyjádřily, byly nepřiměřené reakce dětských pacientů jiných kultur během vyšetření. Je nutné konstatovat, že reakce dětí jsou různé. Jako u respondentky S1, kde se negativistické chování dětského pacienta projevilo i fyzickým napadením: „*nejednou jsem schytala menší kopanec do břicha při odběru krve.*“ Stejný problém uvádí respondentka S2: „*museli jsme si volat na pomoc zdravotního bratra z dospělého, který musel silněji přidržet 14letého chlapce. Chlapec s námi skoro hodinu bojoval a vůbec se nechtěl dát nabrat ani po opakovaném vysvětlení.*“ Zdravotnický personál musí někdy s nespolupracujícími dětskými pacienty jednat násilným způsobem. V případě respondentky S4 můžeme usoudit, že postupovala správně během vyšetření dětského pacienta, a použila jeden s úspěšných přístupů, jak zabránit negativní reakci dítěte: „*Začala jsem se jí ptát na školu, na její oblíbené předměty ve škole, na domácí zvířátka a tak dále. Holčička se nestačila ani divit a náplast byla pryč.*“ Negativistické chování uvádí také respondentka S5 a S7: „*Dítě někdy začne kopat a prát se, například při odběru volám další sestru na pomoc držet pevně ruku.*“ Respondentka S 7 sděluje: „*Některé dítky k nám do ordinace nechtějí ani vkročit, a to už vůbec se nechat dát vyšetřit.*“ Strach a nedůvěru dětských pacientů jiných kultur uvádí respondentka S6: „*Děti jiných kultur jsou spíše více vystrašeny a nedůvěřují nám tolik, protože neovládáme jejich rodný jazyk a nemůžeme jim daný výkon ústně předat a vysvětlit.*“ Podobný názor má i respondentka S10. S více pozitivními reakcemi dětí se setkala jenom jedna respondentka S8: „*někdy reagují úplně v pohodě a fakt spolupracují.*“ Negativní postoj a chování dítěte vůči zdravotnickému personálu zapříčiněné hlavně nepřipraveností dítěte poznamenávají respondentky S3, S8, S9 a S10. Respondentka S3 se domnívá, že rodiče děti na výkon nepřipraví, i když mají na to čas: „*děti pak přicházejí do ordinace vystrašené, vůbec netuší kde jsou, co se jim jde dělat. Během vyšetření nedovolí pediatrovi ani na ně sáhnout. Některé musíme spolu s rodičem držet, aby je pediatr mohl vůbec vyšetřit.*“ Podobný názor má také respondentka S8: „*Záleží hodně na výchově rodiče, jak své dítě na daný výkon připraví.*“ Respondentka S 9: „*bohužel ti rodiče všechno podstatné nechávají na nás, a pak, už když jsou v ordinaci, je těžko vysvětlovat a mluvit s dítětem, když hystericky řve, skrývá se před vámi nebo na vás pláží jazyk.*“ Podobný problém poznamenává respondentka S10: „*Záleží také jak to dítě do ordinace přijde připraveno, když už*

přichází k nám do ambulance a slyším šílené brečení už na dálku, tak už mi je jasné, co to zase bude v ordinaci za boj, aby se nám dítě dalo vůbec vyšetřit“. Devět respondentek z deseti uvedli spíše negativní reakce dětských pacientů cizinců vzhledem na nepřipravenost a nesprávný přístup rodiče, který by měl zaujmout místo v přípravě svého dítěte na návštěvu lékaře. V tomto případě je setkání dítěte se zdravotními pracovníky významnou výchovnou záležitostí a je třeba, aby bylo náležitě využito bez ohledu na původ dítěte. Jako alarmující hodnotí D. Hejdková (2010) ve své diplomové práci s názvem „Zkušenosti dětí s přípravou na vyšetření nebo zákrok“ zjištění, že v 6 případech z 20 dítě nepřipravoval na vyšetření nikdo. Uvádí, že výzkumným šetření bylo prokázáno, že se u nás porušují práva dítěte na informaci a práva rozhodovat o sobě samém tak, jak jsou uvedeny v Úmluvě o právech dítěte i v Chartě práv hospitalizovaného dítěte (viz kapitola 1.2.1 Charta práv dětí). Každé dítě vyžaduje individuální přístup, a proto je nevyhnutné, aby každá sestra uměla zhodnotit situaci a najít vhodný přístup k dětskému pacientovi jiné kultury. Sestra by měla být vnímavá ohledně pocitů, mimiky, hlasu a chování dítěte. Podle výsledků vyplývá že sestra by měla využívat roli poradce a poskytnout tak rodiči správné rady také v oblasti přípravy dítěte na vyšetření. Z našeho pohledu má sestra v poradenství velký, ale důležitý úkol. Musí si umět získat důvěru dítěte a rodičů, aby s nimi lépe spolupracovala, protože pomocí důvěry se vše snadněji řeší, jak také zmiňuje Plevová a Slowik (2010). Během přípravy na vyšetření dětského pacienta cizince pokládáme roli sestry v multikulturním přístupu za důležitou v oblasti kvalitní edukace a komunikace s cizojazyčným dítětem a jeho rodičem. Ošetrovatelská péče by měla být vhodně kulturně uzpůsobena. Respondentka S2 hodnotí: *„Jako se ve školách rodiče snaží poučovat učitele, jak mají učit, podobné je to i u nás. Někteří rodiče jiných kultur se nám snaží radit, jak máme jejich dítě ošetřovat a léčit“.* Domnívá se, že rodiče jsou více vystresovaní a jich nálada se přirozeně přenáší i na děti *„pak je dítě vystresované z rodiče a všechna ta práce je ztracena. Začne vyvádět a plakat a pak je spolupráce hodně těžká.“* Respondentka S5 se setkává v praxi s problémovými situacemi s rodinnými příslušnými dítěte jiné kultury: *„Někdy se však stává, že příbuzní odmítají nebo žádají určité zákroky z ideologických či náboženských důvodů“.* Uvádí zkušenost z praxe, kdy otec muslimské národnosti donutil dětské sestry se pokusit o opakovaný odběr krve jeho dcery vzhledem na komplikace nenapitého dítěte v důsledku svátku Ramadánu. Dětské sestry se v tomto případě musely přizpůsobit a respektovat náboženství dané kultury rodiny dětského pacienta. V tomto případě by respondentka měla znát odlišnosti jiných

kultur a následně rodiče dětského pacienta dopředu informovat. V těchto situacích je důležité, aby si sestry uvědomovaly odlišnosti daných etnických skupin, a na jejich základě rodiče dětských pacientů dopředu informovaly o nezbytnosti určitých kroků během poskytování ošetrovatelské péče. Podobnou problematikou se zabývá ve své diplomové práci s názvem „Problematika komunikace dětských sester s rodiči pacientů daných etnických skupin“ také autorka V. Trojanová (2017). Podle jejího výzkumného šetření vyplynulo, že mnohé sestry nemají příliš mnoho znalostí ohledně problematiky multikulturního ošetrovatelství. Z tohoto důvodu nemohou těchto poznatků v praxi využít a péče a komunikace nemusí být vhodně kulturně přizpůsobená. V mnoha sděleních se opakovalo, že bariérou je právě malé povědomí o jednotlivých specifikách, a především nedostatečná znalost cizích jazyků. Dále nás zajímalo, jakých potřeb dětských pacientů se nejvíc návštěva pediatra týká. Všechny dotazované sestry se shodovaly ve svých odpovědích, že většinou ze základních potřeb jsou první vstupní prohlídky, preventivní prohlídky, přijetí novorozence do péče, očkování, běžné dětské nemoci, menší chirurgické ošetření. Co nás také překvapilo bylo, že se v praxi také sestry setkávají s ambulantní obřízkou u novorozenců. Sestry v preventivních prohlídkách neprovádí jen ošetrovatelské vyšetření, ale provádí i očkování dětí a s tím spojené administrativní úkony. Respondentka S4 uvádí také důležitost znalosti očkovacího kalendáře a schopnost posouzení zahraničního schéma očkování u dětských pacientů cizinců: „závisí jaké jsou pacienti národnosti, a podle toho, jaký očkovací kalendář mají se v očkování postupuje“. V tomto případě sestra zastává roli jako sestra pečovatelka, která provádí očkování dětí cizinců, jež je spojeno i s výbornou znalostí očkovacích kalendářů. Jedním z nejdůležitějších úkolů sestry je prevence a edukace v oblasti očkování. Sestra předává cenné informace a klade velký důraz na zodpovědný přístup rodičů ke zdraví dětí. Sestra v roli jako poskytovatelka preventivní péče je z našeho pohledu důležitá, jelikož může zjistit chybu ve vývoji dítěte a může ji včas za pomoci lékaře a jiných specialistů vyřešit. Respondentky S2, S7, S8 a S10 uvádějí také velkou administrativní zátěž na ambulantním pracovišti pediatrie. Respondentka S7 přiznává „máme velké množství administrativy, které patří také mezi potřeby našich klientů, a také s tím spojené vystavení různých potvrzení.“ Můžeme tedy říci, že role sestry jako administrátorky, která zajišťuje ošetrovatelskou dokumentaci, patří také k poměrně často využívaným úkolům v primární pediatrické péči. Sestry se také setkávají i s asistencí u obřízky novorozenců. Respondentka S6 popisuje úkony spojené s výkonem obřízky „asistujeme u obřízky miminka, kdy se výkon provádí ambulantně

u chlapčků do 1 měsíce. Před obřízkou musíme poskytnout velkou část informací ohledně výkonu, které rodiče jiných kultur vyžadují“. Se správným multikulturním přístupem by měly sestry respektovat rozhodnutí rodiče a kulturu dané rodiny. Dílčí cíl dva navazuje na průzkumní otázku číslo 2.: Jaká oblast ošetrovatelské péče o dětského pacienta jiné kultury se jim jeví jako nejproblematictější? Odpověď zní: Každá z respondentek se setkává s negativistickým chováním dítěte během vyšetření. Největší problém tedy nastává, když dítě na pediatrii přichází nepřipraveno. U dětských pacientů cizinců je tahle situace o to víc problematictější. Sestry se pak setkávají s jazykovou bariérou a tím tak spojené nedůvěře dětského pacienta. Spolupráce s takovým dítětem je o to náročnější. Celé rozhodování a konání sester se zakládá na znalosti kultury. Pomocí výsledků z rozhovoru jsme dále zjistili důležitost role sester v multikulturním přístupu v ambulantní pediatrické péči, kde by měly být sestry vzdělány v oblasti multikulturního ošetrovatelství, a tím tak kvalitně poskytovat multikulturní péči dětským pacientům. Jsme také přesvědčeni, že čím více budou ošetrovatelskou péči poskytovat vzdělané sestry, tím více rolí se bude v praxi využívat, což se jistě projeví na kvalitě ošetrovatelské péče u pacientů jiné kultury.

Poslední třetí dílčí cíl vznikl v závislosti na informacích získaných během rozhovorů se sestrami. Na základě zjištěných poznatků o úrovni poskytované péče dětským pacientům odlišných kultur bylo sestrám podáno doporučení v oblastech, kde byly zaznamenány nedostatky. Dalším potěšujícím zjištěním bylo, že všechny sestry, které se zúčastnily průzkumu projevily zájem o jazykový kurz zaměřený na ošetrovatelství v pediatrii. Všechny respondentky by se rády zúčastnily jazykového kurzu hrazeného zaměstnavatelem. Dokonce respondentka S2 si je vědomá ohledně svých nedostatků v anglickém jazyku. Na závěr rozhovoru jsme respondentkám pokládali otázky ohledně uvítání pomůcky „boxu na rozptýlení“ dítěte na ambulantní pracovišti pediatrie. U všech respondentek jsme se setkali s projevením zájmu a pozitivními názory ohledně možnosti odvedení pozornosti dítěte během výkonu. Box na rozptýlení dítěte je jeden ze způsobů, jak pomoci dítěti vyrovnat se s těžkými nebo bolestivými procedurami. Cílem rozptylovacích metod pomocí boxu je zabránit tomu, aby se dítě soustředilo na něco nebo někoho jiného. Na základě výsledku z rozhovoru se sestrami jsme vytvořili box, který obsahuje sady nástrojů pomoci, kterých se dítě může seznámit se zdravotnickými pomůckami, různé hračky, edukační hry, které umožňují dětským sestrám odvést pozornost dítěte při provádění ošetrovatelských postupů.

Vytvořili jsme také edukační letáček pro dětské pacienty, který obsahuje popis výkonu u jednotlivých fotografií. Po schválení vedením daného zdravotnického zařízení byly fotografie vytvořeny přímo na ambulantní pracovišti pediatrie CM. Na fotografiích jsou znázorněny určité výkony, které dětská sestra v ambulanci pediatrie provádí. Rodič pak může například dítěti ukázat, jak vypadá to, co nám řekl pan doktor, a na co teď půjdeme. J. Víchová (2013) uvádí ve svém článku s názvem „Možnosti psychologických intervencí při přípravě dětských pacientů na náročná, stresující vyšetření a léčebné metody“, že zkušenost ukázala, že letáčky o plánovaném vyšetření čtou dospívající a dospělí. Předškolní děti neumějí číst, mladší školáci mají pocit, že je máma zkouší ze čtení, když jim dává nějaký text, a stejně většinou nevnímají obsah. Proto vhodný leták obsahuje text pro dospělé, ale grafiku, fotografie a obrázky pro děti. Na závěr byla vytvořena brožura pro dětské sestry obsahující doporučení o tom, jak by měla probíhat efektivní komunikace s dětským pacientem cizincem ve zdravotnickém zařízení, se kterou byly sestry následně seznámeny. K této pomůcce se sestry postavily také velmi pozitivně a poukázaly, jakou v ní shledávají důležitost pro praxi. Doufám, že zájem sester, a dalších zdravotnických pracovníků, kteří pracují na pracovištích ambulantní pediatrie, o multikulturní ošetrovatelství bude stále stoupat. Díky čemuž i ošetrovatelská péče o dětské pacienty a jejich rodiče jiných etnických skupin bude kvalitnější, ohleduplnější, respektující kulturní a komunikační specifika zejména dětských pacientů jiných kultur.

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Role dětské sestry jako edukátora a komunikátora v multikulturním přístupu k dětským pacientům a jejich rodičům jsou z pohledu sester potřebné a nastávají téměř vždy při neznalosti, nepřipravenosti, neinformovanosti, a nově přicházejícího dětského pacienta na ambulantní pracoviště pediatrie. Můžeme to konstatovat na základě našeho průzkumného šetření. Počet cizinců v České republice stále stoupá, a to i následná ošetrovatelská péče, která zahrnuje také i důležitost správného multikulturního přístupu k těmto pacientům. Dá se tedy usoudit, že nastává častější ošetrování cizinců.

Jako vítaným řešením by bylo zajištění herního terapeuta na ambulantních pracovištích pediatrie. Terapeut by mohl provést zaškolení sester, jak mají správně postupovat před a během výkonu k dětskému pacientovi pomocí boxu na rozptýlení. Dětské a všeobecné sestry by se také měly zaměřit na možnost psychologické přípravy dítěte na vyšetření,

které nemusí být nutně bolestivé, ale vyžaduje spolupráci dítěte, probíhá ve stresujícím prostředí či uzavřeném prostoru nebo trvá delší dobu. Další z možností by mohlo být vypracování a návrh dalších edukačních letáčků pro dětské pacienty s rozšířením dalších možných fotografií ošetrovatelských výkonů a následné přeložení do anglického jazyka. Edukační letáček by mohl být zhotoven i v elektronické verzi, například na tabletu, který by si děti mohli prohlédnout spolu s rodiči během čekací doby. Jako z posledních možností bychom doporučili jazykové kurz anebo výměnnou stáž v zahraničí pro sestry, které se setkávají s multikulturním přístupem na pracovišti pediatrie poměrně často.

ZÁVĚR

V úvodní části naší bakalářské práce bylo cílem uvést čtenáře do problematiky rolí sester v multikulturním přístupu k dětským pacientům v poskytování ošetrovatelské péče na ambulantním pracovišti pediatrie, doporučit vhodné techniky komunikace dětské sestry v rámci rozhovoru vedeného s dětským pacientem před ošetrovatelským výkonem, čehož jsme dosáhli v teoretické části. Všeobecná znalost sester ohledně poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům a postojů k různým odlišným kulturám tvoří dobrý základ pro správný přístup a komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči při jejich ošetřování.

Hlavním cílem průzkumné části této bakalářské práce bylo zmapovat multikulturní přístup dětských sester při poskytování ošetrovatelské péče dětským pacientům na ambulantním pracovišti pediatrie v Canadian Medical, s.r.o. Na základě zjištěných informací pomocí rozhovoru se sestrami výsledky poukazují na výskyt problémů při komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči. Těmito problémy je jazyková bariéra, nepřiměřené chování rodiče a nepoužívání vhodné techniky komunikace s dětským pacientem. Pomocí výsledků z rozhovorů jsme dále zjistili také důležitost rolí všeobecných a dětských sester, které musí během své práce plnit, jako jsou role edukátorky, komunikátorky, administrátorky, manažerky a ošetrovatelky. Výsledky také poukazují na značnou nepřipravenost dítěte na vyšetření z pohledu dětských sester. Jako důvod uvádějí nezájem rodičů v přípravě svého dítěte. Sestry uvádějí přípravu dětských pacientů v ordinaci pomocí edukačních metod, jako jsou názorná ukázka, rozhovor a vysvětlení s ohledem na rozumové schopnosti dítěte. U cizojazyčných dětí, které danému vysvětlení nerozumí, sestry raději popisují výkon jejich rodičům. Sestry uvádějí časté negativistické reakce dětí během vyšetření. Z průzkumu vyplývá, že negativistické chování dítěte v pediatrické ambulanci je nejčastěji vyvoláno nejistotou a strachem. První podmínkou úspěšného průběhu všech vyšetření a léčebných zákroků je dobrá příprava dítěte, a to i bez ohledu na úroveň porozumění dítěte.

Praktickým výstupem bakalářské práce je box na rozptýlení dítěte během vyšetření, viz (Příloha E), edukační leták pro dětské pacienty, viz (Příloha C), a brožura pro dětské

sestry, která obsahuje doporučení správné komunikace s dětským pacientem jiné kultury, viz (Příloha D).

Domníváme se, že cíle, které jsme si dali na začátku bakalářské práce, byly splněny. Závěrem lze říci, že úspěch v uspokojování specifických potřeb dětského pacienta jiné kultury 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 LITERATURY

ANON, 2017. Integrace cizinců v ČR. Cizinci ze třetích zemí v ČR k 31. červenci 2017. [online]. Cizinci.cz. [cit.2018-11-27]. Dostupné z: <http://cizinci.cz/cs/2017-cizinci-v-cr>

ANON, 2018. Péče o cizince v českých nemocnicích stála loni přes 930 milionů [online]. *Zdravotnický deník*, publ. 8. 11. 2018 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/pece-cizince-ceskych-nemocnicich-stala-loni-pres-930-milionu/>

AUSTRALIAN COLLEGE OF NURSING., 2015. *Nursing in General Practice: A guide for the general practice team*. Canberra: Australian College of Nursing: ISBN 978-0-9943105-3-8.

BAJER, M., 2011. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-388-2.

BRIGGS, E., 2010. Cultural perspectives on pain management. *Journal of Perioperative Practice*, **18**(11), 468–471. ISSN 1750-4589.

ČESKO, 2017. Vyhláška č. 424/2004 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 139. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017. *Rodí se více dětí, přibývá ale i seniorů* [online]. Český statistický úřad Praha, 2017 [cit. 2017–10–03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/rodi-se-vice-deti-pribyva-ale-i-senioru>

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2018. *V Rusku se narodilo nejméně dětí za poslední dekádu. Strmý propad přidělová vrásky Kremlu* [online]. info.cz. [cit. 01.12.2018]. Dostupné z: <https://www.info.cz/svet/v-rusku-se-narodilo-nejmene-deti-za-posledni-dekadu-strmy-propad-pridelava-vrasky-kremlu-23247.html>

DAŇKOVÁ, I., 2008. Pediatr a dětská sestra musí řešit problém v ordinaci v symbióze. *Pediatric pro praxi*, **9**(3), 204–205. ISSN 1213-0494.

DOBEŠOVÁ, P., 2010. *Multikulturní ošetrovatelství*. [on-line]. Ucebna.net [vid. 2017–07–01] Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=393>

DOBIÁŠOVÁ, K. a H. HNILICOVÁ, 2009. *Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům*. In: *Migraceonline.cz* [on-line] Praha, 16. 12. 2009 [cit. 2018–10–03] Dostupné z: <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zkusenosti-zdravotnickeho-personalu-pri-poskytovani-zdravotni-pece-cizincum-vyzkumna-sonda>

EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN HOSPITAL, 2012. *General Comment on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* [on-line] Geneva: EACH, 2012 (art. 24) [cit. 2018-11-22] Dostupné z: https://www.each-for-sick-children.org/images/stories/file/EACH_SubmissionCRC24_5JAN12-1.pdf

ERIKSEN, T. H., 2008. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-465-6.

FERENCOVÁ, M. a L. LIZÁKOVÁ, 2014. Manažment zdravotníckych zariadení a uspokojovanie kultúrne podmienených potrieb klientov. *Kontakt*, **16**(2), 123-129. ISSN 1212-4117.

GRYM, J., 2013. K rasovým a etnickým aspektům v pediatrii. *Pediatric pro praxi*, **14**(6), 395-396. ISSN 1213-0494.

GLOGAR, M., 2017. *Změny v zákonech*. ATLAS consulting. [online]. [cit. 2018–11–26]. Dostupné z: <https://admin.atlasconsulting.cz/zmeny-v-zakonech>

HÁJEK, M. a C. BAHBOUH, 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5631-8.

JANÁČKOVÁ, L., 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2479-9.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.

KLÍMA, J. a kol., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

KORDULOVÁ, P., 2017. Vzdělávání sester v pediatrii. *Pediatric pro praxi*, **18**(6), 383-386. ISSN 1803-5264.

KRÁLÍKOVÁ, L. 2008. *Zdravotní péče o muslimské pacienty*. Hradec Králové – Ošetrovatelství. ISSN: 1212-723X.

KUČERA, 2008. *Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury*. [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz. publikováno 10.09.2008 [cit 2018-11-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/multikulturni-komunikace-pri-osestrovani-klienta-jine-kultury-383353>

KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.

KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.

KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a J. GOLDMANN, 2012. *Etika pro zdravotně sociálně pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

LOWREY, A., 2018. How America Treats Its Own Children [on-line]. *The Atlantic*, Jun-21 [cit. 2018-09-21]. Dostupné z:

<https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2018/06/how-america-treats-children/563306/>

MACHOVÁ, A. a M. SUCHANOVÁ, 2013. Povinné očkování dětí – úloha sestry v ordinaci PLDD. *Pediatric pro praxi*, **14**(2), 130–136. ISSN 1803-5264.

MAŇHALOVÁ, J. a V. TÓTHOVÁ, 2016. The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. [on-line] *Kontakt*, **18**(2), e69–e74 [cit. 2016-06-27]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20160623143453934203.pdf>

MCFARKAND, M. a H. WEHBE-ALAMAH, 2014. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. 3rd Edition: Jones & Bartlett Learning. ISBN-13: 9781284026627.

McKAYLA, A., 2009. *Top 10 Health Concerns for Children – And How To Treat Them* [online]. CRC Health Group, 2009 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://www.crchealth.com/troubled-teenagers/top-10-health-concerns-children-treat/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. *Kulatý stůl na téma: Vzdělávání dětských sester v ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, poslední úpravy 14. září 2018 [cit. 2018-11-09]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kulaty-stul-na-temavzdelavani-detskych-sester-v-cr_9536_3175_3.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. *VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-1/2012_5866_%202510_11.html

NEMCOVÁ, J. a E. HLINKOVÁ., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Osveta. ISBN 9788080633219.

PARFITT, T., 2005. The health of Russia's children [online]. *World Report*, vol. 36, Jul. 2005 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z:

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(05\)67007-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(05)67007-9.pdf)

PEKARA, J., 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

PLEVOVÁ, I., 2011a. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I., 2011b. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

PODSTATOVÁ, R., 2010. *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-212-4.

PRAŽSKÝ, B., 2012. *Zkušenosti českých sester ze Saúdské Arábie* [online]. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz.*, 12. ledna 2012 [cit 2018-11-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zkusenosti-ceskych-sester-ze-saudske-arabie-463096>

PROŠKOVÁ, E., 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*, 6(10), 3-4. ISSN 1801-464X.

PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3069-1.

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně – Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5788-9.

SAADOUNI, Š., 2008. Multikulturní péče je především o úctě k člověku. *Zdravotnické noviny*, **57**(21), 16-18. ISSN 1805-2355.

SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.

SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.

SKÁLA, P., *Preventivní prohlídky* [on-line]. Buštěhrad, 2014 [cit. 2018–11-22].

Dostupné z: <http://www.doktor-skala.cz/informace/info.php?id=3>

SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3286-2.

SEDLÁKOVÁ, G. a J. SOUKUPOVÁ, 2007. Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*, **16**(2), 230-239. ISSN 1212–4117.

STERN, D., 2015. *Ukraine health officials fear big polio outbreak*. [online]. BBC News, vysíláno 2015-09-22 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-34289480>

STOŽICKÝ, F., a J. SÝKORA, 2016. *Základy dětského lékařství*. 2.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1.vyd Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠTĚPÁNKOVÁ, I. 2016. *Rozšířené kompetence všeobecné sestry* [online]. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, publikováno 25.02.2016 [cit 2018-11-22].

Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodbory.cz/cz/clanky/12-2-2016-rozsirene-kompetence-vseobecne-sestry.aspx>

TÓTHOVÁ, V., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

TÓTHOVÁ V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.

TRUČKOVÁ, Z., 2016. *Role sestry v rámci preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.

UNIAN, 2016. *U.S., Canada Ambassadors urge putting routine immunization in Ukraine back on track* [on-line]. UNIAN news, publ. 2016-11-05 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://www.unian.info/society/1556482-us-canada-ambassadors-urge-putting-routine-immunization-in-ukraine-back-on-track.html>

UNICEF, 2014. *Úmluva o právech dítěte* [on-line]. Praha: Unicef [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete>

VEJSADA, P., 2013. *Specifika ošetrovatelské péče o dětského romského pacienta*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

VÍCHOVÁ, J., 2013, Možnosti psychologických intervencí při přípravě dětských pacientů na náročná, stresující vyšetření a léčebné metody. *Ces Radiol*, **67**(4), 249-252. ISSN 1210-7883

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. akt. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZACHAROVÁ, E., 2010. Práva dětského pacienta v ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*, **11**(5), 334–335. ISSN 1213-0494.

ZACHAROVÁ, E., 2009. Komunikace sestry a pacienta v ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **5**(10), 38. ISSN 1801-1349.

PŘÍLOHY

| | |
|--|-----------|
| Příloha A – Rozhovory 1-10 | I |
| Příloha B – Očkovací kalendář..... | XXIX |
| Příloha C – Edukační letáček pro dětského pacienta..... | XXX |
| Příloha D – Brožura pro dětské sestry | XXXI |
| Příloha E – Box na rozptýlení pro dětské pacienty..... | XXXIII |
| Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů..... | XXXIXXXIV |
| Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce..... | XXXXXXV |
| Příloha H – Rešeršní protokol..... | XXXVI |

Příloha A – Rozhovory 1-10

Rozhovor S1

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, Mám 35 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vyštudovala jsem střední zdravotnickou školu v Ústí nad Labem a diplomovanou dětskou sestru na Vyšší zdravotnické škole.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

Po škole jsem nabrala první zkušenosti u Apolináře v Praze a pak odjela pracovat do zahraničí. Na ambulanci pediatrie v Canadian Medical jsem už osmým rokem.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Ovládám angličtinu a portugalštinu. Anglicky se dorozumím bez problému a portugalsky mluvím jenom na základní úrovni

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Tak s cizinci se setkáváme každý den, protože jsme soukromé zdravotnické zařízení, které poskytuje péče z velké části cizincům. Těžko říci protože k nám přicházejí lidé z různých kultur nejčastěji jsou to například Američané, Rusové, Asiaté, Muslimové, Indové a Ukrajinci.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

V první řadě jazykovou bariéru. Když rodič dětského pacienta cizince mluví jenom jeho mateřským jazykem a nemá s sebou překladatele. Dostáváme se do situace, kdy je to pro nás spolu s pediatrem obtížné a zdlouhavé posoudit co dítěti je, jaké příznaky má a dospět k správné diagnóze dítěte.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Podle mne si děti milují povídat a myslím, že je to hodně důležitá část před a během ošetrovatelského výkonu u dítěte. Ačkoliv miluji práci na pediatrii, miluji miminka, miluji děti a také teenagery, ale někdy ne tak příjemnou součástí jsou také rodiče. Musíte pochopit, že tito rodiče někdy poprvé prožívají situaci, když jejich dítě onemocní a opravdu je to pro ně jedna z nejtěžších situací v životě, a proto komunikace je v této situaci náročnější. Když maminka nebo tatínek vidí své dítě ležet v nemocnici, všechny tyto úkony spojené s hospitalizací jako jsou naplánované všechna vyšetření, kterými si jejich dítě musí projít. Je to pro samotného rodiče hodně stresující. Takže je musíme chápat, když nějaký rodiče přehnaně stresují a začnou být někdy nevrly zavalí Vás miliony otázkami a taky začnou někdy na Vás zvyšovat tón hlasu. Obecně sem nikdy neměla žádnou špatnou zkušenost s rodiči. Není to nic takového, co bych nebyla schopná zvládnout na rozdíl od těch rodičů pod stresem, takže to mě moc netrápí, když jsou rodiče v komunikaci na Vás nepříjemný, chápu jich.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

U malých dětí jsou to spíše běžné dětské nemoci jako horečka, průjem, zácpa, nějaká vyrážka, infekční onemocnění jako například plané neštovice a také virové onemocnění tzv. pátá a šestá nemoc které jsou si hodně podobné. Z infekčních onemocnění se často setkáváme s virózami, a to především virovými infekcemi dýchacího traktu. V ranních hodinách máme toho kvanta. Děláme dětem hodně odběry, kde se někdy celkem dost vyčerpáme. V ordinaci jsme bez pediatra a když máme na stole nespolupracujícího prcka musíme si s ním poradit sami.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Hodně času strávíme rozhovorem a edukací rodiče před samotným vyšetřením. Máme také možnost poskytnutí letáků, co se týče péče o novorozence, očkování dítěte, jídelníček dítěte, přehled preventivních prohlídek, přehled nejčastějších infekčních onemocnění.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Reakce dětí během vyšetření jsou různé. Každý den máme tady pláč dítěte, menší dramatické divadélko, valení se po zemi, křik, praní se s rodiči ale také i s námi. Nejednou jsem schytala menší kopanec do břicha při odběru krve. Dítě sedělo na mamince. Mé dvě kolegyně ho držel z obou stran a já jsem napichovala žílu. V tom, jak urputně bojoval a hýbal se při cuknutí ruky se mi jeho žila ztratila. Musela jsem ho píchnout podruhé. Mamince seděl na klíně a jak už ho nezvládala držet v tom se mu vysmekla noha a kopl mě do břicha. Jen podotknu že jsme na něj byly tři sestry.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Tak kdyby to byli nějaké speciální boxy, se kterými jsi dítě může během výkonu hrát a pobavit se. Dokud dělám nějaký výkon tak bych to docela ráda uvítala, kdyby nám to zaměstnavatel poskytnul.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Ano, zúčastnila moc rada.

Rozhovor S2

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, Je mi 60 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Studovala jsem střední zdravotnickou školu ještě za tu dobu, když byl odbor dětské sestry na středních zdravotnických školách.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární péči jsem začala pracovat poprvé v Canadian Medical. Předtím když jsem byla ještě mladá jsem odjela pracovat jako Au pair do Ameriky. Na pediatrii pracuji asi tady nejdéle, bude to už skoro 16 let.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Já se domluvím jenom anglicky, to mi stačí. Řekla bych že jsem na ty základní úrovni. S cizinci se jako tak domluvím ale po telefonu už je to těžší, když volá nějaký rodič a má nějaký jiný přízvuk angličtiny tak to už jsem úplně ztracená.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Máme jich tady každý den. Tak většinou jsou to cizinci anglicky mluvící jako Američané a Angličané ale také Rusi, Japonci, muslimové, Číňané, Ukrajinci, Francouzi, Indové, Afričané. Za ty léta jsem se v praxi setkala s různými kulturami. Takže můžu říci že je to asi z každé země trochu.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Řekla bych když ani jeden z rodičů neumí anglicky, a to už vůbec ne česky. Většinou se s nimi pediatr domluví ale přece to zabere spoustu času zjistit přesně co dítěti je, co ho trápí, jak dlouho má potíže, jaké léky mu rodiče podaly, zda mělo dítě horečku, zda je na něco alergické a tak dále. O to komplikovanější je, když to nejsou naši registrovaný pacienti, kteří přijedou z venku že jsou nemocní. Pediatr dítě nezná ani žádnou jeho prognózu, takže diagnostika je o něco zdlouhavější.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetřovatelským výkonem?

Jako se ve školách rodiče snaží poučovat učitele, jak mají učit, podobné je to i u nás. Některý rodiče jiných kultur se nám snaží radit, jak máme jejich dítě ošetřovat a léčit. Dítě občas přesvědčím daleko snadněji, že něco musím udělat, než jeho matku nebo otce. Takže bych řekla že komunikace je o něco náročnější s rodičem jako se samotným děťátkem. Mám někdy takový pocit, jako by ty rodiče byli více vystresovaní a dělali například z obyčejného odběru krve velkou tragédií. Pak je dítě vystresované z rodiče a všechna ta práce je ztracena. Začne vyvádět a plakat, a tak je spolupráce hodně těžká. Ne jednou se nám stalo, že jedna z maminek musela opustit ordinaci při odběru krve svého dítěte, protože se jí udělalo špatně.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Přicházejí k nám děti zdravé ale také i nemocné. Takže běžné prevence, povinné a nepovinné očkování, přijetí a screening novorozence, konzultace s pediatrem, vystavení různých potvrzení na školské aktivity, řidičák nebo pobyty v zahraničí pro větší děti. U nemocných dětí jsou to běžné dětské nemoci pak různé infekce, virové onemocnění, angíny a spousta dalších. Vyskytnou se tady aj menší chirurgické ošetření.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetřovatelskými výkony?

U každého je to individuální, samozřejmě se s rodiči snažíme komunikovat a vysvětlit jim co ten výkon obnáší. U každého dítěte je potřeba dělat něco jiného a takhle je to i při edukaci, alespoň z mého pohledu. Já osobně když něco vysvětluj rodiči, co jdu dělat pak to taky sdělím i dítěti například při očkování mu řeknu že ho trošku štípne do ramínka komár a názorně ho štípnu, aby mělo představu o tom, jak velká to bude bolest.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Co se týče reakce dětí během výkonu je to u každého dítěte individuální. Jsou děti, které nám už tady za ty léta udělali pořádné maléry kdy jsme si spolu s pediatři a s rodiči nevěděli s nimi dát už rady. Vzpomínám, když jsme si museli volat na pomoc zdravotního bratra z dospělého, který musel silněji přidršet 14letého chlapce. Chlapec s námi skoro hodinu bojoval a vůbec se nechtěl dát nabrat ani po opakovaném vysvětlení.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Vůbec nemám ponětí, co to může být možná něco nového a moderního ze západu. Uvítala bych to, když by to bylo něco nápomocného.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Moc ráda bych takový kurz navštívila, protože vím, že moje úroveň angličtiny už není bohužel tak dobrá jako těch mladých sester, které mají čerstvé zkušenosti ze zahraničí.

Rozhovor S3

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, Je mi 33 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

V červnu 2010 jsem dokončila studium Mgr. v oboru dětská sestra.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární pediatrické péči pracuji jenom 1 rok, protože předtím jsem pracovala na novorozeneckém oddělení.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Na škole jsem se učila angličtinu a také na různých stáží v zahraničí. Myslím, že mám angličtinu na pokročilejší úrovni, ale rozhodně nemluvím plynule.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Nejčastěji netuším, ale s většinou se domluvím anglicky takže asi Angličané, Američané, Australané.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Když umí pouze svůj jazyk, tzn. jiný než anglický.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

V angličtině problém nevidím žádný, bohužel v jiném jazyku se nedomluvím. Takže když nemluví anglicky ani česky je to náročné jim něco vysvětlit, ztrácíme tak hodně času na jiné pacienty a administrativní úkony.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Běžné dětské nemoci, nachlazení, průjem, horečky.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetřovatelskými výkony?

Názorně ukáži za pomoci reálných pomůcek. Například některé děti absolutně nesnášejí výtěr z krku jako je Střep test, který u Nás na klinice děláme hodně často při podezření streptokoka v krku. V momentě, jak otevřou ústa, tak se leknou buď cuknou nebo Vám tou štětičku rukou odstrčí pryč takže já osobně když dělám výtěr z krku názorně ukážu štětičku a dovolím jim na ni sáhnout, aby věděly, že to nebude bolet.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Mám pocit že, rodiče často nefungují tak, jak by měli a děti na výkon nepřipraví, i když mají na to čas. Necháávají to vše na sestrách. Děti pak přicházejí do ordinace vystrašený vůbec netuší kde jsou, co se jim jde dělat. Během vyšetření nedovolí pediatrovi ani na ně sáhnout. Některé musíme spolu s rodičem držet, aby jich pediatr mohl vůbec vyšetřit.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Upřímně řečeno nevím, co to za pomůcku může být. Možná nějaký přenosný box ale co v tom je to netuším. Kdyby to mělo pomoci v ošetřovatelské péči o naše dětské pacienti tak bych to uvítala.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Určitě ano, moc ráda bych jsem něco takového uvítala.

Rozhovor S4

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, ano je mi 23 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Já jsem odmaturovala na střední zdravotnické škole jako zdravotnický asistent a vystudovala vysokou školu v oboru všeobecní sestry s bakalářským titulem.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární péči pracuji teprve jeden rok. Začala jsem tady jako čerstvá absolventka vysoké školy.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Plynule ovládám angličtinu a francouzštinu.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Každý pracovní den. Nejčastěji k nám chodí rodiny z Velké Británie, Kanady, Francie, Ameriky, Afriky, Ruska, Ukrajiny, Japonska a Číny.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Já bych řekla že je to spíše nesprávné pochopení léčby a spousta dotazu co se týče pacienta z jiné kultury. Mě osobně se zatím nestalo, že bych se s dětským pacientem a jeho příbuzným nedomluvila. Pediatři tady mají skvělé jazykové dovednosti, takže bych neřekla, že by měli problém se domluvit s rodiči cizinci.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetřovatelským výkonem?

Z mé zkušenosti bych řekla že na dítě se musí hlavně pomalu a podle věku dítěte mu daný výkon zřetelně vysvětlit. Ještě větší důraz musím klást na komunikaci, když je to dítě a rodič z jiné kultury. Ověřit, zda všemu správně porozuměli. Stává se, že rodiče mají na Vás mnoho dotazů, takže ještě jim to musím víckrát zopakovat, a případně i názorně ukázat. Podle mě, je to úplně normální zvláště když jsou to děti a rodiče cizince.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Tak je to různé, protože do ordinace přicházejí děti zdravé i nemocné z úplně jiných kultur. První vstupní prohlídky provádíme, když je dítě u nás poprvé. Preventivní prohlídky, přijetí novorozence do péče a očkování u kterého závisí jaké jsou pacienti národnosti, a podle toho, jaký očkovací kalendář mají se v očkování postupuje. Dále jsou to běžné dětské nemoci.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetřovatelskými výkony?

Snažím se dítěti vysvětlit anebo popřípadě ukázat co se bude dělat a ujistit ho že se nemá ničeho bát, pokud samozřejmě spolupracuje. Myslím, že v pediatrické péči je hodně důležité byt schopen nejen aplikovat své ošetřovatelské dovednosti, ale být schopni používat metody rozptýlení. Musíte prostě dítě překvapit, hodně si s ním povídat, protože děti si rádi povídají a řeknou Vám hodně zajímavých věcí, co prožívají mimo nemocnice.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Například jedné holčičce jsem musela přelepit náplast na palci ruky. Začala jsem na ní mluvit, že už konečně se zbaví ty náplasti, že to dáme pryč a hned v tom momentě, jak jsem jí to řekla, schovala ruku a začala protestovat vůči sundání náplasti. A tak jsem se šla zeptat staniční sestry co má teda dělat. Řekla mi, že musím být schopná používat zároveň metody rozptýlení a během toho zkusit jí úspěšně sundat náplast. Takže jsem sni začala komunikovat. Začala jsem se ji ptát na školu, na její oblíbené předměty ve škole, na domácí zvířátka a tak dále. Holčička se nestačila ani divit a náplast byla pryč.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Zatím jsem se s tím nesečkala ale myslím, že jsou to nějaký boxy s hračkami. Bylo by to fajn něco takového tu tady mat. V praxi by to pomohlo dítě zabavit a odvést jeho pozornost během vyšetření.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Kdyby to byl kurz na vyšší jazykové úrovni tak rozhodně bych šla.

Rozhovor S5

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, ano za týden mi bude 30 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Studovala jsem na vyšší odborní škole v oboru diplomovaná dětská sestra.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární péči dělám celkem 8 let a na pediatrii Canadian Medical pátým rokem.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Ovládám angličtinu na komunikativní úrovni.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Chodí k nám hodně cizinců každý den. Řekla bych že, většina žije tady v Praze nebo některý jsou na cestách a přijedou jako turisté. Nejvíce to budou asi Američané, Francouzi a Angličané.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Nejvíce asi že jsou to přece lidé z jiné mentality tak ty věci, co jim vysvětlujeme chápou jinak. Řekla bych asi hodně nedorozumění mezi sestrou a dítětem a jeho příbuzným.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči během edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Jak dětské sestry děláme vše pro dobro dětského pacienta, nikoliv jeho rodičů. Pokud tedy dítě něco potřebuje, musíte to pro něj udělat. Samozřejmě, předtím se snažíme vše rodičům vysvětlit a získat si jejich důvěru. Někdy se však stává, že příbuzní odmítají nebo žádají určité zákroky z ideologických či náboženských důvodů. Pamatuji si na jednoho muslimského rodiče, který se takto choval. Přišel s početnou rodinou na odběr krve jeho tři leté dcerky. Odběr probíhal komplikovaně protože holčička nebyla napitá. V žíle jsem vždy úspěšně byli ale nic neteklo. Po druhém pokusu jsem otce požádala ať dá dítěti napít. Odpověděl, že pít nemůže protože drží celá rodina ramadán. V tom momentě jsme se mu se sestrami snažily vysvětlit, že to teda dneska nepůjde nech přijedou na odběr, když nebude ramadán. Pán rozhodně trval na odběre krve ještě v ten den. Chudák holčička se nám skoro od toho pláče a trápení poblínkala. Na po čtvrtý jsme jí úspěšně nabrali. Bolo mi jí strašně líto a s tím otcem jsem se už vůbec nebavila.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Nejvíce asi různé biologické odběry, běžné dětské nemoci u těch většinou děláme výtěry z krku jako například Streptest anebo CRP test, kterým zjišťujeme či se jedná virové anebo bakteriální infekce a pediatr pak rozhodně zda potřeba antibiotika nebo ne. Pak samozřejmě hodně prevenci a očkování.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Snažím se vysvětlit rodiči co budu dítěti dělat a co to obnáší, popřípadě ho poprosím o spolupráci. Většinu rodičů žádám, aby si sedli na vyšetřovací stul a dítě si sedlo na jejich kolena. Musí ho pevně držet tak jim názorně ukážu, jak si ho mají správně chytit.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Dítě někdy začne kopat a prát si například při odběru volám další sestru na pomoc držet pevně ruku. Běžně Vám odhodí výtěrovku nebo znehodnotí jehlu. Také jsou aj děti, které Vás vůbec nemají rádi a pokaždé vyplazí jazyk, když na něho začnete mluvit. No prostě jsem si už za tou dobu zvykla.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Zní to docela jako dobrý a prospěšný nápad. Kdyby to děti upoutalo a zabavilo během vyšetření byl by věci klid a nemuseli bychom se s nimi tolik prát.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

To moc ráda, kdyby nám to samozřejmě zaplatili.

Rozhovor S6

Dobry den, mohla byste mi prosim rici, kolik je Vam let?

Dobry den, Je mi 54 let.

Jake je Vase nejvyssi dosazené vzdělání?

Mám vystudovanou střední zdravotnickou školu jako dětská sestra.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

Na klinice Canadian Medical jsem už nějakou tou dobu. Letos to bude 10 let. V primární péči se teďka už věnuji jenom laktacnímu a podologickému poradenství.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Ovládám angličtinu a ruštinu. Lépe se domluví anglicky, ruštinu využívám sem tam když třeba lékaři dopomoc s překladem azbuky jako například očkovací průkaz dítěte nebo lékařské zprávy z Ruska.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Máme jich tady hojný počet každý den. Tak z každé země trošku Američané, Angličané, Rusi, Asiaté, muslimové, Afričané, Ukrajinci tak no máme to tu pestré.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Když neumí mluvit jiným jazykem jako je jich mateřsky. Takže jazyková bariéra jednoznačně. Řekla bych že nám to docela dost dělá těžší, když například rodič dítěte neumí česky ani anglicky. Uvedu příklad jednoho otce, který k nám vždy chodí se svými dcerkami, když onemocní. Pán nikdy neumí odpovědět na otázku, co ho přivádí do ordinace a jaké mají jeho děti problém. To mě dost zaskočí když už se nedokáže ani připravit a napsat na papír pár základních slov například horečka, kašel a bolest hrdla. Takhle bychom už dopředu věděli, jaké mají jeho děti potíže.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Tak většinou se snažíme rodičům v angličtině vysvětlit, jak se mohou na určitý výkon spolu s dítětem připravit a popřípadě jak se můžu na něm podílet. Když mají rodiče zájem poskytujeme pro ně různé letáky také i v angličtině s informacemi například o očkování, starostlivost o novorozence, jídelníček dítěte. Edukujeme je také i po telefonu, když nám přepojí z Call Centra, rodiče, který má doma nemocné dítě tak v tomhle případě je to obtížnější hlavně bych řekla pro ty nové sestry, které si nejsou ještě tak jisté a zkušené v poskytnutí správných rad pro první pomoc anebo taky v komunikaci v angličtině.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Preventivní prohlídky, očkování, přijetí novorozence do péče, biologické odběry. Co se týče onemocnění tak nejčastěji jsou to virózy, a to především virové infekce dýchacího traktu. Dále jsou časté virózy zažívacího traktu, virózy chřipkového typu nebo typická dětská onemocnění apod. Provádíme také menší chirurgické zákroky jako například výběr stehu, převez rány, asistujeme u obrázky miminka, kdy se výkon provádí ambulantně u chlapečku do 1 měsíce. Před obrázkou musíme poskytnout velkou část informací ohledně výkonu které rodiče jiných kultur vyžadují.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Snažím se na dítě mluvit a zřetelně mu daný výkon vysvětlit, popřípadě názorně ukázat vzhledem na jeho rozumové schopnosti podle věku. Co se týče edukaci dětí je to trošku náročnější jim říkat co se jim bude zrovna dělat. Každé dítě to pojme jinak. Ale myslím si, že je lepší jim to říct co je čeká než jim to zatajit. Jako například jedna holčička, která vůbec nesnese očkování nevěděla o tom, že dnes má termín dalšího očkování, protože její matka jej to neřekla. Do ordinace šla s tím, že jede na prevenci. Došlo na řadu povinného očkování, a tak holčička začala plakat, vyvádět, válet se po zemi a křičet na matku že ji oklamala a zradila. Já spolu s další sestrou a pediatrem jsme se ji snažili uklidnit a přesvědčit, že to nebude nic tak strašného. Holčička zůstala skoro přes půl hodiny schoulená v koutě v ordinaci.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Řekla bych že děti jiných kultur jsou spíše více vystrašeny a nedůvěřují nám tolik protože neovládáme jejich rodný jazyk a nemůžeme jim daný výkon ústně předat a vysvětlit.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Já jsem otevřená všem novým možnostem. Myslím že, moderní metody na rozptýlení dětského pacienta by mohli být jedním z úspěšných řešení v praxi u nás na pediatrii

Zúčastnil/a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Pokud by to byl kurz angličtiny zaměřen na komunikaci v pediatrii tak ano.

Rozhovor S7

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, Je mi 24 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vyštudovala jsem obor všeobecní sestry na lékařské fakultě na Ostravské univerzitě

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární pediatrické péči jsem teprve jenom třetí měsíc.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Ovládám angličtinu na komunikativní úrovni a taky se s ní nejlépe domluvíím co se týče ošetrovatelské péči o cizince.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Od kdy jsem tady v Canadian Medical setkala jsem se s mnohými různými kulturami. Ale myslím že většinou jsou to Rusové, Němci, Angličané, Američané, obyvatelé Arabských zemí, Asiaté.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Ze strany zdravotníků nedostatečnou úroveň jazykové vybavenosti, špatné vzdělávání již od střední školy. Ze strany cizinců neochota hovořit v jazyce blízkém zdravotníkovi.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Pokud se jedná o rodný český jazyk dítěte, nenastává žádný problém, ale jakmile to dítě nerozumí česky ani anglicky pak je to problém a mnoho sester vysvětlí daný výkon spíše rodiči. Co se týče rodičů tak se setkávám taky se spoustu nedorozumění jako například když rodiče informujeme, že pokud je dítě nemocné a má tělesnou teplotu vyšší než 37 °C bohužel očkováno být nemůže. I přes informace námi podané k nám do ordinace přijedou a chtějí své dítě očkovat. To mě vždy naštvě.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Pravidelné preventivní kontroly, očkování, odběry a nemoc dítěte. Musím také říci, že máme velké množství administrativy které patří také mezi potřeby našich klientů a také s tím spojeny vystavení různých potvrzení pro školy, kroužky, školy v přírodě, potvrzení o zdravotní způsobilosti dítěte, potvrzení na řidičák a tak dále. Myslím si že ani jedna z mých kolegů administrativní povinnosti nemají v oblibě, ale bohužel je to také součástí pediatrické péči. Neuděláme s tím nic.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Vysvětlování a rozhovor co je docela časově náročné zvláště když se jedná o dětských pacientů z jiné kultury. Když to dítě nerozumí česky ani anglicky vysvětlím rodiči co mu budu dělat a ten mu to pak přeloží.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Od kdy jsem tady jsem byla zaskočená některými reakcemi dětí. Některé děti k nám do ordinace nechtějí ani vkročit, a to už vůbec se nechat dát vyšetřit. Jsou to děti různého věku od těch nejmenších až po teenegeri. Nevím, čím je to, když je musí rodiče promlouvat, aby si například sedli na vyšetřovací stůl, otevřely ústa anebo vyhrnuly rukáv.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Asi bych to brala, kdyby to to mnělo pomoci dětským pacientům.

Zúčastnil / a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Nevím, záleží na tom, pokud bych to časově všechno stihala.

Rozhovor S8

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, ano moc rada. Je mi 27 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Mé dosažené vzdělání je vysokoškolské vzdělání. Studovala jsem magisterské studium na ostravské univerzitě obor ošetrovatelská péče v pediatrii.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

Na ambulanci pediatrie jsem jenom 7 měsíců před tím jsem dělala v Motole na novorozencích.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Angličtinu, portugálštinu a Slovenčinu ale to se asi nepočítá. Anglicky se domluvím na komunikativní úrovni, takže se s klienti domluvím bez problému. S portugálštinou sem na základní úrovni. V práci ji nepoužívám.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

V poslední době bych řekla že se střetávám hodně s Japonci a ruskými mluvícími pacienty ale také samozřejmě Angličané a Američané.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Nedorozumění, když neumí ani anglicky ani česky. Někdy mne špatně pochopí, co od nich chci. Tým pádem pak dochází ke komunikačním šumům a k dezinformaci.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Tak pokud dítě mluví anglicky mužem na něho mluvit a daný výkon mu vysvětlit. Když neovládá ani jeden z jazyku tak musím to vysvětlit tomu rodiči a ten mu to pak přetlumočí. Je to náročnější, když dítě nerozumí a není obeznámeno s tím co mu jdu dělat. Když na něho například sahám, pak mi až tak nevěří protože informace o výkonu nejsou podané ode mne.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Tak hlavně očkování, co obsahuje i dokumentace, prevence, biologické odběry. Různé onemocnění jako například dýchacích cest, močových cest, virové onemocnění, bakteriální onemocnění, streptokoková angína – na tohle onemocnění máme specifický přístroj Streptest který nám vyhodnotí za pár minut výsledek výtěru z krku. Takže pediatr může hned určit diagnózu a nasadit dítěti potřebné léky.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Názorná ukázka, slovní edukace, edukační metoda formou hry při prevenci, když ověřuji sluch nebo zrak dítěte tak mu například vysvětlím že si má zakrýt jedno očko a má mi říkat písmenka na které ukážu, před výkonem se zeptám, jestli je připravený a ověřím si, jestli všemu porozuměl.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Je to hodně individuální. Nejčastěji je to pláč. Mají strach, co se bude dít, protože to nikdy nezažily, ale někdy reagují úplně v pohodě a fakt spolupracují. Například jedna 5letá holčička, kterou jdu píchat tak se ani nehne, pak při odchodu řekne děkuji a nahledanou. Řekla bych že záleží hodně na výchově rodiče, jak své dítě na daný výkon připraví. V některých rodinách stává že, děti jsou dosud strašeny lékařem, nemocnicí, injekcemi apod.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Bolo by to super. Akorát by bylo třeba pořídit herního terapeuta anebo si udělat klidné školení i já.

Zúčastnil/a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Ano, můžete to navrhnout naší paní ředitelce.

Rozhovor S9

Dobrý den, mohla byste mi prosím říci, kolik je Vám let?

Dobrý den, je mi 25 let.

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vystudovala jsem vyšší odborní školu jako diplomovaná všeobecná sestra a pak jsem si dodělala bakalářské studium jeden rok na Vysoké zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

V primární péči pracuji 2 roky ale za 14 dní nastupuji na mateřskou.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Angličtinu na komunikativní úrovni. Rusky umím jenom básničky a písničky pro děti.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Američani, Asiati, Blízky východ, Pákistán, Saudská Arábie, Indie, Rusi, Ukrajinci.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Určitě bych řekla neznalost jazyka a taky někdy arogantní chování příbuzného nebo rodiče. Jednou mi řekla netrpělivá máma svého novorozence, že mi strašně dlouho trvá odběr krve a že vůbec neumím odebrat miminko. Odebrala jsem na po prvé a myslím že to netrvalo až tak dlouho. Už se nad tím nepozastavuji a беру to jich věčné poučování jako samozřejmost.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Myslím si, že ke každému dítěti by měl být individuální přístup. Mluvím prvně s dítětem, informuji ho výkonu, který budu provádět, případně názorně ukážu na pomůckách, seznámím s výkonem doprovod a poprosím o případnou spolupráci. U některých dětí cizinců, který až tak dobře nerozumí, co jim říkáme je velká potřeba přípravy a vysvětlení co je pro Nás časově náročnější odpovídat na všechny položené otázky, čekat, když si to dítě rozmyslí a dá nám povolení

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

U nemocných dětí pediatr dítě vyšetří a určí jaký výkon mám udělat. Většinou jsou to různé výtěry z krku, nosu, oka a konečniku pak odběry krve ze žíly nebo z prstu, moči na chemické vyšetření. Také podle potřeby aplikuji léky, co jsou například antipyretika nebo nebulizace. Zdravé děti přicházejí na prevence, očkování, kontrolní a sportovní přehlídky.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Názorně určitý výkon ukážu, když to dítě vyžaduje, anebo rozptýlím dítě nějakou hračkou v ordinaci, když to jde. Edukuji je jako všechny ostatní děti. Když během rozhovoru nechápu, co od nich chci, tak to prostě vysvětlím rodiči a je to vyřešeno.

Jak dětské pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Je to úplně individuální. Někteří preferují hraní si a povídání, u některých je dobře udělat výkon hned a dále to neprodlovat. Myslím si že, děti, které nejsou připravené a smířené s tím předem je vizitka především rodiče který by měl zaujmout místo v přípravě svého dítěte kterého čeká přehlídka u pediatra. Bohužel ty rodiče všechno podstatné nechávají na nás a pak už když jsou v ordinaci je těžko vysvětlovat a mluvit s dítětem, když hystericky řve, skrývá se před vámi nebo na vás pláží jazyk.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Uvítala bych moc ráda. U nás na pediatrii máme taky pár různých hraček na pobavení, ale bohužel nám nezbylo toho hodně protože jsi to děti vzali a už to do ordinace nevrátili.

Zúčastnil/a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

Už jsem jeden absolvovala a myslím si, že je to hodně přínosný, pokud ho zaměstnavatel nabízí tak by to měl určitě každý jistotně využít.

Rozhovor S10

Dobry den, mohla byste mi prosim rici, kolik je Vam let?

Dobry den, bude mi 28 let.

Jake je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Magisterské na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Jak dlouho děláte v primární pediatrické péči?

Jsem tady 1,5 roku.

Jaké cizí jazyky ovládáte a na jaké úrovni?

Ovládám angličtinu. Úroveň přesně nevím ale dělala jsem maturitu z angličtiny.

S jakými národnostními menšinami dětských pacientů se setkáváte nejčastěji?

Polovina pacientů jsou cizinci. Řekla bych že jsou to převážně rodiny z Anglie, Ameriky, Izraele, Ruska, Japonska.

Co považujete za největší problém při komunikaci s cizinci?

Pacienti často nerozumí anglicky a je těžké se s nimi domluvit.

Jak hodnotíte komunikaci s cizojazyčnými dětskými pacienty a jejich rodiči po čas edukace před daným ošetrovatelským výkonem?

Vždy se před výkonem snažíme vše vysvětlit, aby dětský pacienti porozuměli výkonu.

Jakých dětských pacientových potřeb se nejvíc návštěva pediatra týká?

Nemoc dítěte, co obnáší potřebné vyšetření pediatrem a následně podle pokynu lékaře provádíme ošetrovatelské výkony jako například odběr biologického materiálu, měření fyziologických funkcí, převez rány, podání léčiv ale také i mnoha administrativních potřebných úkonů.

Jaké edukační metody využíváte v souvislosti přípravy dětí před ošetrovatelskými výkony?

Snažím se s dítětem mluvit, když mi rozumí, co mu říkám. Také se snažím demonstrovat určitý výkon na pomůckách, pokud moc nebrečí a vnímá mě.

Jak dětští pacienti jiných kultur reagují během vyšetření?

Řekla bych že nám některý až tak nevěří a jsou spíše více vystrašené. Záleží také jak to dítě do ordinace přijede připraveno, když už přichází k nám do ambulance a slyším šílené brečení už na dálku tak už mi je jasné co to zase bude v ordinaci za boj, aby se nám dítě dalo vůbec vyšetřit.

Jak byste uvítali „boxy na rozptýlení“ dítěte jako pomůcku u Vás na pediatrii?

Možná ano, kdyby to všechno ty děti nerozebrali a neodnesli se sebou domů.

Zúčastnil/a byste se dobrovolně pediatrického jazykového kurzu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

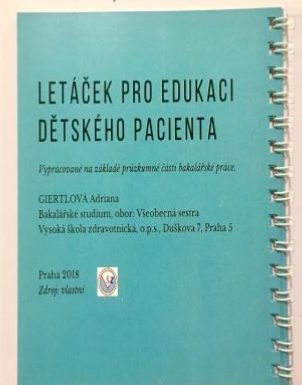
Ano, určitě.

Příloha B – Očkovací kalendář

| Očkovací KALENDÁŘ | | Očkovací KALENDÁŘ | |
|---|--|---|---|
| Nemoc | Povinné očkování | Věk dítěte | Nemoc |
| | | | Nepovinné očkování |
| | | | Očkovací látka |
| Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací) | BCG 10 | od 4. dne nejlépe do 6. týdne | |
| Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B | Inflanrix hexa Hexacima (1. dávka) | od 6. týdne | Rotaviróvé nákazy |
| Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B | Inflanrix hexa Hexacima (2. dávka – měsíc po 1. dávce) | od 9. týdne (3. měsíc života dítěte) | Pneumokoková onemocnění* Rotaviróvé nákazy |
| Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B | Inflanrix hexa Hexacima (3. dávka – měsíc po 2. dávce) | 4. měsíc života dítěte | Pneumokoková onemocnění* Rotaviróvé nákazy |
| Spalničky, zarděnky, příušnice | Priorix (1. dávka) | 5. měsíc života dítěte | Pneumokoková onemocnění* Pneumokoková onemocnění* Rotaviróvé nákazy |
| Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, žloutenka typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B | Inflanrix hexa Hexacima (4. dávka) | 11.–15. měsíc | Plané neštovic, spalničky, zarděnky, příušnice |
| Spalničky, zarděnky, příušnice | Priorix (2. dávka – 6–10 měsíců po 1. dávce) | 15. měsíc | Plané neštovic, spalničky, zarděnky, příušnice |
| Záškrt, tetanus, černý kašel | Inflanrix (přeočkování) | do 18. měsíce | Plané neštovic, spalničky, zarděnky, příušnice |
| Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna | Boostrix polio (přeočkování) | 21.–25. měsíc | Onemocnění lidským papilomavirem (karcinom děložního čípku)* |
| | Hexacima (přeočkování) | v 5. roce věku dítěte | |
| | Hexacima (přeočkování) | v 10. roce věku dítěte | |
| | Hexacima (přeočkování) | 13. rok (jen dívky) | |

* hrazeno ze zdravotního pojištění

Příloha C – Edukační letáček pro dětského pacienta



JAK VHOVNĚ KOMUNIKOVAT S DĚTSKÝM PACIENTEM

Obrázek 1 Zdroj: <http://caringpediatricdentistry.com/>

- 1 PŘEDSTAV SE DÍTĚTI**
- 2 ZEPTEJ SE NA JMÉNO DÍTĚTE NEBO PŘEZDÍVKU**
- 3 BUD ÚPRIMNÁ**
- 4 UDRŽUJ OČNÝ KONTAKT**
- 5 MLUV NA DÍTĚ, NE JENOM NA RODIČE**
- 6 KOMUNIKUJ HRAVOU FORMOU**
- 7 ZÍSKEJ SI DŮVĚRU**
- 8 POUŽI ROZPTYLOVACÍ METODY**
- 9 POKUD HO TO TROCHU ZABOLÍ, ŘEKNI MU TO**
- 10 POKUD HO TO ŠTÍPNE, ŘEKNI MU TO**

- 1. JAZYK**- používejte vhodný jazyk z ohledem na věk dítěte
- 2. POZICE** – děti reagují lépe pokud se k nim přiblížíte na úroveň očí
- 3. ŘEČ TĚLA** – při rozhovoru s dítětem je důležité nezapomínat na řeč těla a používání rukou
- 4. TÓN** - pamatujte si, že tón hlasu je často stejně důležitý jako to, co se řeknete
- 5. ZNEVÝHODNĚNÍ**– děti se speciálními potřebami nebo ti, jejichž první jazyk není čeština nebo angličtina, stále potřebují vysvětlovat a pokoušet se komunikovat bez ohledu na úroveň porozumění

BOX NA ROZPTÝLENÍ PRO DĚTSKÉ PACIENTY



„**DISTRACTION BOX**“ jsou přenosné sady nástrojů plné různých hraček, her a skládaček, které poskytují dětským sestřám odvést pozornost dítěte při provádění ošetrovatelských postupů.

→ Co je hra na rozptýlení „PLAY DISTRACTION“ a jak to pomáhá?

- Je to jeden ze způsobů, jak pomoci dítěti vyrovnat se s těžkými nebo bolestivým procedurami.
- Může se také použít, pokud je dítě v bolestech nebo vykazuje známky nepohodlí.
- Existují různé metody - některé jednoduché a jiné, které potřebují praxi.

→ Co je cílem ?

- Cílem takové techniky je pomoci navodit stav klidu dítěte a mírně odklonit jeho pozornost od samotného vyšetření. Takové postupy jsou vhodné pro vyšetření, kdy po dítěti požadujeme pasivní spolupráci, tj. především vydržet nehybně ležet.

Tyto krabice obsahují mnoho barevných a zábavných předmětů, se kterými si děti během vyšetření mohou hrát.



Obrázek 3. a 4. Zdroj: <https://www.starlight.org.uk/what-we-do/hospitals-and-hospices/starlight-distraction-boxes/>



Obrázek 2. Zdroj: <https://i.ytimg.com/vi/rHJ1Iax7OYk/maxresdefault.jpg>

- Existuje mnoho různých druhů rozptýlení - některé jsou vhodnější pro mladší děti, zatímco jiné fungují lépe pro teenagery:
- Řízené dýchání
- Hry a hlavolamy
- Hudba
- Dotykové / pocitové hračky
- Povídání

Vypracovala Adriana Giertlová,
Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav
Pekara Ph.D. , Praha 2018



Příloha E – Box na rozptýlení pro dětské pacienty



Vypracovala Adriana Giertlová, Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D., Praha 2018



Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

| | | |
|--|---|--------------|
| Příjmení a jméno studenta | GIERTLOVÁ ADRIANA | |
| Studijní obor | Všeobecná sestra | Ročník 3. |
| Téma práce | Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | Ambulantní pracoviště pediatrie Canadian Medical, s. r. o. | |
| Jméno vedoucího práce | Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D. <i>J. Pekara</i> | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím | |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím | |

podpis

06
469
002

Canadian Medical s.r.o.
praktické lékařství pro děti a dorost
Evropská 1155, 160 00 Praha 6
T: (+420) 235 360 133

V 20.09.18 dne v Praze

Adriana Giertlová
podpis studenta



Role sestry v multikulturním přístupu k dětským pacientům v ambulantní péči

Klíčová slova: multikulturní ošetřovatelství, dětský pacient, ambulantní péče, všeobecná sestra

Rešerše č. 25/2018

Bibliografický soupis

| | |
|---------------------------|---|
| Počet záznamů: | celkem 40 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 18, články a sborníky – 17) |
| Časové omezení: | 2008 - současnost |
| Jazykové vymezení: | čeština, slovenština, angličtina |
| Druh literatury: | kvalifikační práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku |
| Datum: | 3. 6. 2018 |

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO