

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Multikulturní aspekty v péči o umírající

Lenka Sprateková

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Sprateková**
Osobní číslo: **Z09086**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Multikulturní aspekty v péči o umírající**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis multikulturních aspektů v péči o umírající.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr respondentů a rozdání dotazníků.
6. Sběr, zpracování a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, hypotéz a celé bakalářské práce.
8. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

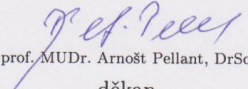
Seznam odborné literatury:

1. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. Multikulturní ošetřovatelství I. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
2. KEENE, M. Světová náboženství. Praha : Knižní klub, 2008. s. 192. ISBN 978-80-242-2137-3.
3. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetřovatelské péči. In Florence č. 10, V. ročník, 2009. ISSN 1801-464X.
4. PUTÍK, M.; PAVLÁT, I.; FIEDLER, J. Židé - dějiny a kultura. Praha : Kliment a Mrázek, 1997. ISBN 80-85608-17-0.
5. RALBOVSKÁ, R. Multikulturní přístup pro pomáhající profese. Praha : EVC, 2010. ISBN 978-80-87386-02.


Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Čermáková
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne:

.....

Lenka Sprateková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Kateřině Čermákové za cenné rady, odbornou pomoc, profesionální a vstřícný přístup při vypracování mé bakalářské práce.

Děkuji také všem vrchním sestrám za spolupráci při vyplňování dotazníku. Rovněž děkuji všem respondentům za ochotu a čas, který vyplňováním mého dotazníku věnovali.

Mé poděkování také patří rodině za podporu a trpělivost.

SOUHRN

Bakalářská práce s názvem Multikulturní aspekty v péči o umírající je prací teoreticko - výzkumnou a věnuje se obrazu umírání a smrti ve světových náboženstvích a u pacientů / klientů odlišného etnika.

V teoretické části je věnována pozornost základním pojmům multikulturního ošetřovatelství a charakteristice odlišností v přístupu a péči o umírajícího pacienta jiné kultury a náboženství. Rovněž jsou popisovány rituály a způsoby pohřbívání u těchto vybraných skupin.

V části výzkumné jsou pomocí dotazníkového šetření zjišťovány vědomosti všeobecných sester o dané problematice, v rámci jedné nemocnice krajského typu. Rovněž je zjišťován přístup personálu a způsob komunikace s těmito pacienty/klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

multikulturní ošetřovatelství, náboženství, etnikum, pacient, sestra, kultura, smrt, pohřeb, rituály

TITLE

Multicultural aspects in the care of the dying

ABSTRACT

This Bachelor thesis entitled Multicultural aspects in the care of the dying is the work of theoretical research and focuses on the image of dying and death in world religions and patients/clients of a different ethnic group.

In the theoretical part attention is paid to the fundamental concepts of multi - cultural nursing and to the characteristics of differences in approach and care of a dying patient of a different culture and /or religion. There are also described rituals and methods of burial in the selected groups.

The research part collects knowledge of general nurses on the subject, in one regional type hospital through a questionnaire survey. Staff approach and method of communication with these patients/clients is also investigated.

KEYWORDS

multicultural nursing, religion, ethnicity, patient, nurse, culture, death, funeral rituals

OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE.....	13
1.1 Historie péče o těžce nemocné a umírající na území českého státu.....	13
1.2 Komplexní péče o umírající.....	15
1.2.1 Vysvětlení základních pojmů.....	15
1.2.2 Systém péče o umírající v ČR.....	17
1.2.3 Komplexní péče o umírající.....	18
1.2.4 Péče o tělesnou stránku umírajících.....	19
1.2.5 Péče o psychosociální stránku umírajících.....	24
1.2.6 Péče o duchovní stránku umírajících.....	26
2 MULTIKULTURNÍ OBRAZ SMRTI.....	27
2.1 Multikulturalita obecně.....	27
2.1.1 Sčítání lidu, domů a bytů.....	30
2.2 Specifická péče o umírající různých náboženství.....	30
2.2.1 Křesťanství.....	30
2.2.2 Judaismus.....	32
2.2.3 Islám.....	33
2.3 Specifická péče o umírající různých etnik.....	35
2.3.1 Romové.....	35
2.3.2 Vietnamci.....	36
2.3.3 Ukrajinci.....	38
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	40
3 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	41
4 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	41
5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	42
6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	42
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	44
DISKUZE	61
ZÁVĚR	63
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	64
SEZNAM PŘÍLOH	68
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM OBRÁZKŮ	75
SEZNAM ZKRATEK	76

„Pomáhat znamená chodit za tím, kdo mne potřebuje a být druhému nejbližším, vždyť lékem na obtíže i bolest je především pochopení a laskavost. Chvilka aktivního pochopení je lepší než deset dnů soucitu“.

/P. Vincenc de Paul/

ÚVOD

Problematika smrti a umírání je velmi silnou a všudypřítomnou veličinou zejména proto, že umírání se netýká jen umírajícího, ale všech blízkých kolem něho. Život každého z nás jednou přirozeně dospěje ke svému konci, završení života, smrti. Je to věc naprosto přirozená, přesto nesmírně citlivá, jímavá a smutná. Ani dnes, kdy pozorujeme velký rozvoj dané problematiky, nedokážeme podat přesný návod, jak postupovat, setkáváme – li se s umírajícími, s rodinou umírajícího, zejména jedná-li se o umírajícího, který je z jiného etnika a náboženství.

Téma mé bakalářské práce je: „Multikulturní aspekty v péči o umírající“. K výběru tohoto tématu mě motivovala moje osobní zkušenost. Pracuji patnáct let jako všeobecná sestra na oddělení radiační onkologie, a smrt je bohužel velmi častým jevem, který nás zde navštěvuje. Nemoc a smrt si nevybírá, a tedy ani my si nevybíráme své pacienty. Jelikož je naše společnost stále více multikulturní, není výjimkou, že náš pacient je Rom, Žid, muslim... Zdravotnický personál je stále častěji konfrontován s novými kulturami, proto musí přehodnotit vlastní stávající hodnoty a učit se chápat cizí představy o zdraví a nemoci. Účinná pomoc klientům různých kultur a náboženství v oblasti zdravotnické péče si žádá dobrou připravenost zdravotnických pracovníků.

Všichni naši umírající, přestože jejich potřeby se mohou velmi lišit, potřebují velmi citlivou a přísně individualizovanou péči. Nebudeme – li na tuto situaci nahlížet a přistupovat k ní s patřičnou úctou a respektem, nikdy nezajistíme umírajícímu důstojně, v klidu a pohodlí zemřít. Nelze podat přesný návod jak postupovat, setkáme-li se s lidmi, kteří trpí či umírají. Nikomu nelze nařídít, aby byl obětavý, aby důvěřoval a zachoval si odvalu i tehdy, když nebude vědět jak dál. Vždy bychom jako prioritu měli mít jednu věc a to, respektovat přání a potřeby konkrétního člověka. On je ten, kterému zbývají poslední dny či hodiny života a my mu můžeme pomoci tyto dny a hodiny prožít!

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V části teoretické se věnuji problematice smrti z mnoha pohledů. Rozebírám zde základní pojmy, věnuji se samotné péči o umírající po stránkách bio – psycho – sociálně - spirituální a především rozebírám jednotlivá specifika v péči o umírající a zemřelé z odlišných kultur a náboženství.

V části výzkumné zjišťuji znalosti v péči o umírající odlišného etnika a náboženství pomocí metody nestandardizovaného dotazníku, který je určen všem všeobecným sestřám pracujícím s těžce nemocnými a umírajícími pacienty na různých klinických pracovištích v rámci jedné krajské nemocnice.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit míru informovanosti vybrané skupiny poskytovatelů zdravotní péče o odlišnostech v rámci kultur a jednotlivých náboženství.

Dílčí cíle:

- 1) Na základě dostupných informačních zdrojů provést historický exkurz do péče o těžce nemocné a umírající na území Čech.
- 2) Na základě dostupných informačních zdrojů charakterizovat základní pojmy a problémy v oblasti péče o umírající.
- 3) Na základě dostupných informačních zdrojů provést rozbor jednotlivých komponentů péče o umírající pacienty.
- 4) Na základě dostupných informačních zdrojů obeznámit vybrané skupiny zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry) s problematikou péče o umírající z jiného etnika.
- 5) Na základě dostupných informačních zdrojů obeznámit vybrané skupiny zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry) s problematikou péče o umírající jiného náboženství.
- 6) Zjistit míru znalostí všeobecných sester o specifikách v péči o umírajícího pacienta/klienta víry křesťanské, židovské a islámské.
- 7) Zjistit míru znalostí všeobecných sester o specifikách v péči o umírajícího pacienta/klienta vybraného etnika.
- 8) Zjistit dostupnost informačních materiálů o multikulturních aspektech v péči o umírající pacienty/klienty.
- 9) Navrhnout opatření pro praxi.
- 10) Vytvořit informační leták s přehledem základních odlišností v oblasti umírání a smrti u vybraných etnik a náboženství.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

1.1 Historie péče o těžce nemocné a umírající na území českého státu

Jestliže máme pochopit smysl něčeho současného, je nutno ohlédnout se za sebe. Jen tak pochopíme současné paliativní ošetřovatelství, problematiku umírání, paliativní medicínu.

O dané kultuře vždy vypovídala úroveň péče o děti, nemocné, staré a chudé. Rozvoj péče o nemocné můžeme pozorovat nejen v době míru, ale i v období válek a bojů.

Prvním organizovaným společenstvím ve středověku byly rytířské řády. Jejich cílem bylo ošetřování raněných a nemocných. V této době se o smrti často hovořilo. Byl s ní spojen strach. Lidé se v této době dožívali nižšího věku, umírali bolestněji, měli větší pocity viny a strach z posmrtného trestu. Z etického hlediska bylo kladem umírání to, že umírající věděl, jak o něho bude postaráno. Péče se dědila po generace. Mladí viděli, jak se pečovalo o staré. O umírající bylo pečováno s úctou a bližní jim poskytovali péči, kterou potřebovali. Mnoho lidí ale nemělo možnost umírat mezi blízkými. Tito lidé umírali v bídě, trpěli hladem, bez pomoci, o samotě. Na blízku nebyl nikdo, kdo by nabídl pomoc a ulehčil by trápení (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

V latinských pramenech z 12. století byla potvrzena přítomnost špitálu řádu maltéžských rytířů, který sloužil jako dům pro pocestné. Lidé tu našli stravu, odpočinek a nocleh. Pomoc zde hledali i lidé místní, zejména staří, nemocní a chudí, protože pomoc byla dobročinná. Špitály zabezpečovaly nemocné před hrozbou smrti bez poskytnutí zpovědi, duchovních potřeb, posledního pomazání a také křesťanského pohřbu (Tošnerová, 2001).

Od 17. století vznikaly na našem území klasické nemocnice. Velký zlom nastal za vlády Františka Josefa I. Bylo zavedeno domovské právo, a tím vzniká povinnost obce starat se o staré, chudé, nemocné a umírající. Toto rozhodnutí lze vnímat jako základ sociální péče u nás. Dále se budovaly starobince, pastoušky, chudobince, také nemocnice pro chudé. Zde probíhala péče jako spolupráce nemocných a ošetřovatelek, které byly řádové sestry bez odborného vzdělání (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

V poslední čtvrtině 19. století přibývalo v českých zemích veřejných nemocnic, které měly zakázáno přijímat pacienty s tuberkulózou, nádorovým onemocněním, chronicky nemocné, diabetiky, revmatiky (Tošnerová, 2001).

Ve 20. století, zvláště v době první republiky, dochází k velkému rozvoji péče o nemocné a umírající. Rok 1918 se datuje vznikem charitativních organizací. V roce 1919 byl založen Československý červený kříž za velké pomoci Alice Masarykové. Tato organizace dala vznik myšlence „odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti“. Tento způsob péče se velmi osvědčil (Svobodný a Hlaváčková, 2004).

V roce 1929 byla založena v Praze Klinika nemoci stáří profesorem Rudolfem Eislem. Byla to jediná takto specializovaná klinika. Od této doby a hlavně po 2. světové válce došlo k velkému rozvoji ústavní péče, což ovlivnilo tzv. tradiční model umírání. Tradiční či domácí model umírání vychází z faktu, že lidé po staletí umírali zejména v kruhu rodiny, doma. Jasně určenou roli měl každý člen rodiny. Druhý model je tzv. institucionální umírání. V nemocnici je nemocnému sice poskytnuta odborná péče (např. tlumení bolesti, odborná ošetrovatelská péče), ale chybí zde dostatečný prostor pro uspokojení sociálních, duchovních a psychických potřeb (Haškovcová, 2007).

Od roku 1954 byly domy odpočinku změněny na domovy důchodců. V 70. letech 20. století vznikaly první domy s pečovatelskou službou a léčebny dlouhodobě nemocných. Rovněž vznikala specializovaná geriatrická a gerontologická oddělení s ambulancí jako součást nemocnic vznikají v 80. letech. V Krajské nemocnici v Pardubicích vzniká v roce 1990 první agentura domácí péče NIKE, která v současné době funguje při Geriatrickém centru Pardubické krajské nemocnice a. s. (Čermáková, 2011).

Zrod hospicového hnutí pozorujeme ve Velké Británii ve 20. století. Léčbě chronické bolesti se zde věnovala a o umírající pečovala sestra, sociální pracovnice a později lékařka Cecily Saundersová z Londýna, která otvírá v roce 1967 první hospic svého druhu na světě a je tedy právem považována za zakladatelku moderní hospicové péče. Tímto se u nás inspirovala MUDr. Marie Svatošová, která je právem v Čechách považována za průkopnici a duchovní matku hospicové péče (Marková, 2011). V současnosti je u nás v provozu 16 lůžkových hospiců, několik mobilních hospiců a funguje řada agentur domácí péče, které provozují hospicovou péči. Avšak velký dluh a rezervu máme jako stát v hospicové péči o děti. V této oblasti je stále co vylepšovat, hledat rezervy a nový rozvoj. Inspiraci lze hledat u našich sousedů v Polsku, kde funguje několik dětských hospiců, mobilní hospic pro děti a v současné době se rozvíjí nová forma péče tzv. prenatální hospic.

Další z forem hospicové péče je tzv. mobilní hospic, který lze charakterizovat jako domácí péči určenou pro umírající. Pomoc lékařská, ošetrovatelská, psychologická, sociální a duchovní je poskytována nejen umírajícím, ale i pečujícím v jejich domácím prostředí (Svatošová, 2003).

V závěru bych připomněla poselství papeže Benedikta XVI. při příležitosti Světového dne nemocných 11. 2. 2007 o rozvoji paliativní medicíny. Papež hovoří o poskytování komplexní pomoci včetně duchovní podpory nevléčitelně nemocným a vyzývá lid, aby se nemocným a trpícím věnovali s láskou a vyjadřuje dík lékařům a ošetrovatelkám za velkou pomoc v péči o nemocné. Zároveň zdůrazňuje i podporu domácí péče a pomoci umírajícím (Čermáková, 2011).

1.2 Komplexní péče o umírající

1.2.1 Vysvětlení základních pojmů

Paliativní péče je nejstarší forma medicíny a péče o člověka. Jedná se o multidisciplinární péči ověřenou dějinami. Je to komplexní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu (Kalvach, 2010).

Cíl této péče nespočívá ve vyléčení pacienta nebo prodloužení jeho života, ale v prevenci a zmírnění bolesti, tělesných a duševních strádání, zachování lidské důstojnosti a také podpora blízkým. Moderní paliativní péče respektuje hodnoty, potřeby a přání nemocných. Klade důraz na význam rodiny a nejbližších přátel nemocných lidí. Poskytuje účinnou oporu příbuzným a blízkým i po smrti jejich nejbližších. Léčba je založena na skutečnosti, že umírání nesmí být provázeno strachem, utrpením a nesnesitelnou bolestí (Marková, 2010).

Terminální péče je časově poslední kvalifikovaná služba nemocnému (Haškovcová, 2007).

Thanatologie (z řeckého thános, smrt) je vědní interdisciplinární obor o smrti a všech fenoménech, které s sebou smrt nese. Název je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti - Thanatos. Prakticky se však obsah oboru prolíná do celé řady klasických oborů, jako je psychologie, sociologie, medicína, filozofie (Haškovcová, 2007). První studii na toto téma vypracoval Robert Hertz, francouzský sociolog a antropolog, a je proto označován za prvního thanatologa (Sláma a kol., 2007).

Hospic je zařízení, které poskytuje paliativní a terminální péči nemocným, ale i jejich blízkým v závěrečné fázi života. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu. Z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. V hospici je garantováno, že člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí a v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 2003).

Smyslem tohoto zařízení je dosažení co nejvyšší kvality života nevléčitelně nemocných a zajištění důstojné smrti. Klient je přijat do tohoto zařízení na základě vlastního rozhodnutí a podepsání informovaného souhlasu. Klient je obeznámen s tím, že veškeré léčebné možnosti byly již vyčerpány. Přechází se na léčbu symptomatickou (Svatošová, 2003).

Hospicová péče má tři základní formy. Může být organizována jako lůžkové zařízení. Další formou péče je denní stacionář, který u nás funguje velmi krátce, a to pouze v jednom hospici. Třetí formou je tzv. mobilní hospic, který funguje jako domácí péče pro umírající a jejich rodiny. Díky tzv. hospicovému kódu, může paliativní tým navštívit pacienta více než 3x za den, jak tomu je u pacientů v běžné domácí péči (Svatošová, 2003).

Umírání je označováno jako postupný proces na jehož konci je smrt. Umírání je jedna z fází života organismu a člověka jako lidské bytosti. Čím je menší naděje na uzdravení, tím více věří člověk v zázrak. To, jak pacient vnímá umírání a jak ho prožívá, velice závisí na psychologické péči a na jednání jeho příbuzných a blízkých (Haškovcová, 2007).

Smrt, také úmrtí, skon, exitus. Z hlediska lékařského se jedná o nevratné změny organismu, kdy nelze obnovit základní životní funkce. Smrt je individuální zánik organismu. Pro každého jedince je smrt osobní zkušeností a začátek lze jen těžko definovat (Haškovcová, 2007).

Eutanazie je odvozena od eu (dobrý, normální), thanatos (smrt),- dobrá smrt. Eutanazie je tedy úmyslné ukončení života člověka na vlastní žádost. Je provedena někým jiným, než člověkem samotným. Ukončí-li pacient sám svůj život pomocí lékařovy rady, pak se jedná o asistovanou sebevraždu. Je tedy vytyčen úmysl zabít. Zabití na žádost člověka, která by měla vyjadřovat jeho autonomii. V důsledku toho je ve většině zemí eutanazie zakázaná. Výjimkou je Holandsko, Belgie, Austrálie a v USA Oregon (Špinková a Špinko, 2006).

Dystanazie je tzv. zadržovaná smrt. Jde o stav, kdy vlivem postupů "zachraňující" medicíny je smrt namáhavě oddalována, ale je již neodvratná (Haškovcová, 2007).

1.2.2 Systém péče o umírající v ČR

V září roku 2011 uveřejnila Cesta domů společně s agenturou STEM/MARK výsledky výzkumu veřejného mínění o umírání a péči o nevyléčitelně nemocné. Z těchto výsledků vyplývá, že tři čtvrtiny z nás by chtěly zemřít v domácím prostředí, jen málokdo svůj život doma skutečně končí a naprostá většina lidí umírá v LDN, domovech důchodců, nemocnicích a dalších podobných institucích (Cesta domů, 2011).

Pacient indikovaný pro paliativní péči je v situaci, kdy přestává organismus reagovat na všechny způsoby možné léčby. Toto se týká pacientů ležících na všech typech oddělení nebo i těch, kteří jsou v jiných pobytových zařízeních či doma.

Jádro týmu poskytujícího paliativní péči by mělo být tvořeno všeobecnými sestrami, lékaři se speciálním výcvikem, psychology, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, duchovním a event. dobrovolníky. Další pracovníci spolupracují na základě konsiliárních kontaktů (Kalvach, 2010).

Pacienti si mohou zvolit poskytování péče nabízenou z těchto možností:

- 1) *Ambulance praktického lékaře* - ten dle stavu a soběstačnosti pacienta by měl poradit a poučit pacienta o dalších možnostech péče. Měl by zajistit řešení základních symptomů terminálních nemocí (bolest, zácpa, nauzea, zvracení atd.).
- 2) *Ambulance paliativní péče* - vhodná pro pacienty, kteří jsou schopni do určité míry se o sebe postarat v domácím prostředí sami a nebo jim v péči o ně pomáhá někdo blízký. Péči poskytuje tým speciálně vyškolených odborníků v dané problematice. Tuto ambulanci velmi často supluje i ambulance klinické onkologie, kde byl pacient dlouhou dobu léčen a tým zdravotníku se o pacienta stará v době progresu onemocnění a přechodu do terminálního stavu (Cesta domů, 2006).
- 3) *Ambulance léčby bolesti* – jedná se o vysoce specializovaná pracoviště v blízkosti domova pacienta, kam dochází z důvodu léčby bolesti a řešení doprovodných nežádoucích účinků opiátů.
- 4) *Agentury domácí péče* – není-li v blízkém okolí mobilní hospic, může tuto péči suplovat agentura domácí péče. Má-li tato agentura tzv. hospicový kód, může pacienta navštívit dle potřeby jak často a na jak dlouho potřebuje.

5) *Paliativní péče v domácím prostředí* - kromě pečující rodiny se podílejí na pomoci i mobilní hospice. Mají své multidisciplinární týmy odborníků na paliativní péči. Dále nabízejí pomoc i agentury domácí péče (Cesta domů, 2006).

6) *Paliativní péče v pobytových zařízeních*, např. v domovech pro seniory.

7) *Paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních*, kterými mohou být hospice.

To jsou zařízení specializovaná na paliativní péči. Dále sem patří zařízení tzv. následné péče, například léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), nemocnice následné péče (NNP) a psychiatrické léčebny.

Obecnou formu paliativní péče, v rámci své specializace, by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení. Včas vyhodnotit pacientův stav, smysluplně zvážit další aktivní léčbu, sledování, porozumění a poskytování takové léčby a péče, která je důležitá pro pacientův život (Marková, 2010).

Specializovaná paliativní péče je poskytována v takových zařízeních, kde paliativní péče je jako hlavní činnost. Personál musí mít vyšší úroveň profesní kvalifikace a být vyškolený. V těchto zařízeních je v poměru k počtu pacientů také větší počet zaměstnanců. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče (Cesta domů, 2006).

1.2.3 Komplexní péče o umírající

Jen málo profesí v posledním období překonalo tak veliké změny, jako je práce všeobecné sestry. Role sestry prošla složitým vývojem v minulosti a prochází i dnes. Práce sestry je složena z celého systému společenských rolí, které se vertikálně a horizontálně prolínají. Sestra musí obhájit teritorium svojí činnosti a sesterské povolání postavit na takovou profesionální úroveň, která vytvoří podmínky pro zvládnutí nových rolí sesterské profese (Farkašová, 2009).

Sestra, která pečuje o umírající pacienty by měla být především empatická, s pochopením pro pacientovo chování. Měla by především svému nemocnému či rodině umět naslouchat a nikdy by mu neměla brát jeho naději. Schopnost efektivní komunikace sestry není jen charitou, vrozeným darem, ale je hlavně sociálně naučenou schopností (Ralbovská, 2010).

Péče o tělesnou schránku pacienta zahrnuje péči o bolest, péči, výživu, vyprazdňování o pohyblivost a životní funkce člověka.

1.2.4 Péče o tělesnou stránku umírajících

Péče o bolest umírajících

Bolest je to, co nemocný vnímá jako bolest. Je to subjektivní příznak a existuje vždy, když nemocný říká, že ji má (Rokyta, 2009).

Bolest je nejčastějším symptomem v paliativní péči. Bolestí trpí 73% pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění (Vorlíček, 2004) a až 60% pacientů s orgánovým selháváním.

Nejde jen o bolest nervových zakončení. Sestra musí brát na zřetel pacientovo hodnocení bolesti, případně sdělení jeho blízkých (Marková, 2009).

Verbální údaj pacientova sdělení by měl vždy být doplněn o posuzování neverbálních projevů. Sestra si má všimnout zaujímané polohy, pohybového omezení, vegetativních projevů, jako je např. pocení, sucho v ústech a tachykardie. Hodnocení bolesti musí být rutinou zrovna jako standardizovaný zápis do dokumentace. Při dobré komunikaci a příznivém stavu pacienta sestra vystačí se slovním komentářem. Klade otázky, jak se pacient cítí, jak se vyspal, zda jsou bolesti mírné nebo velké, či bolest nebrání změně polohy. V úporných případech je na místě nabídnutí hodnotících stupnic (bolest 0-10). Nejčastěji se využívá Vizuální analogová škála vyznačující intenzitu a obtěžujícnost bolesti, u které jde vždy o kombinaci vnímání a prožívání – na úsečce 10cm. Důležitou škálou je škála výrazů obličeje (Kalvach, 2010). Bolest je pocit velmi nepříjemný, ztrpčující život, vedoucí k frustraci. Bolest může být účelná. Vysílá jakýsi varovný signál, ale svou účelnost ztrácí tam, kde překračuje míru snesitelnosti a kde trvá příliš dlouho. Pacientovi můžeme pomoci od bolesti pouze tehdy, když bolest správně hodnotíme. Kvalitní vyhodnocení bolesti záleží především na vytvoření vzájemné důvěry mezi zdravotnickým personálem a nemocným (Gulášová, 2008).

Dlouhodobá bolest má ve většině případů psychologický dopad nejen na nemocného, ale i na pečujícího. Dívá - li se blízký člověk na trpícího bolestí, které je současně spojeno s neschopností pomoci, bývá častým důvodem odvážet nemocného z domácího prostředí.

Přestože moderní medicína nabízí řadu utěšujících prostředků i chirurgických zákroků k léčbě bolesti, je nutné si uvědomit, že pomoc neznamená jenom přivolání lékaře či sestry, aby aplikovali lék. Analgetika či opioidy podávané krátkodobě, či dlouhodobě se musí aplikovat v přesném časovém schématu, neboť hrozí abstinenci syndrom po náhlém vysazení těchto léků. Proto snížení dávky či jejich vysazení nesmí být náhlé (Kalvach, 2010).

Pomoc znamená také péči o pokoj duše a ducha s využitím nefarmakologické léčby bolesti.

Tato léčba zahrnuje relaxační techniky, které využívají pro léčbu jógu, hudbu, malování, tanec. Dalším způsobem je akupunktura. Aplikací tepla a chladu se zabývá fyzioterapie. A v neposlední řadě je velmi důležitou nefarmakologickou metodou psychoterapie a vhodná komunikace (Čermáková, 2010).

Výživa umírajících

U bezprostředně umírajících není nezbytně nutné podrobné sledování příjmu potravy. Proto tedy vyhovujeme jejich přání a stravu nevnučujeme. Jiná situace nastává u pacientů s delší životní prognózou, zde dostatečná výživa má své opodstatnění a hraje významnou roli pro zachování pohyblivosti, aktivity a obecné kvality života. Zde stravu sledujeme a reagujeme na omezení (Kalvach, 2010).

Důraz klademe také na zmírnění či odstranění nepříjemných příznaků, které narušují přísun živin (bolestivý zánět v dutině ústní, nevolnost, zvracení).

Podvýživa je velký problém, se kterým se ošetřující personál často setkává. Často i bez konzultace s lékařem se snaží rodina zajistit zvýšený přísun živin u nemocného, neboť nechutenství je vnímáno negativně jednak samotným nemocným a pak také blízkými osobami. Zdravotnický personál tak bývá často svědkem překrmování pacienta příbuznými, který se jen těžko brání a po odchodu návštěvy často zvrací. Výjimkou nejsou ani případy, kdy strach rodiny nutí lékaře k použití některé z invazivních metod dodání živin, kam patří např. parenterální výživa či výživa enterální pomocí sondy (Voleková a Šatník, 2008).

Přestože agresivní nutriční podpora umožňuje výživu nemocným v nejrůznějších klinických situacích, ale bohužel nedokáže zabránit vzniku nádorové kachexie. Je-li pacient v terminálním stádiu a smrt je stav neodvratný, může umělá klinická výživa zhoršit kvalitu života a může být zbytečným léčebným postupem, který ztěžuje umírání (Voleková a Šatník, 2008).

Jelikož vždy na prvním místě stojí přání a potřeby pacienta, myslím si, že bychom je tedy měli respektovat. Především je nutné poučit samotného pacienta a jeho rodinu o všech možnostech výživy a nechat je rozhodnout.

Hydratace umírajících

Pacient ve fázi umírání obvykle nepocítuje žízeň. Pokud ale takové pocity pacient má, je povinností zdravotnického personálu tekutiny zajistit.

U umírajících je individuální posouzení stavu pacienta, přizpůsobení se přání a potřebě v oblasti hydratace a výživy velmi důležité. O potřebě hydratace v terminální péči dosavadní vědecké poznání zatím nevykazuje jednoznačný názor. Vystává tedy otázka, jaká je vlastně přiměřená forma hydratační podpory pacienta z hlediska cíle léčby, kterým je důstojné umírání. Představa, že všichni pacienti v terminálním stavu choroby musí být vždy parenterálně hydratováni, je nekorektní, ale stejně nekorektní je i opačná představa, že žádný pacient by neměl být v této fázi choroby hydratován (Marková, 2009).

Dehydratace je tedy častým problémem u umírajících. Ve větší míře jako negativní účinek, projevující se absencí pocitu žízně, suchem v ústech, suchou kůží, apatií, zmateností, zácpou, posturální hypotenzí, zvýšenou tělesnou teplotou. V menší míře má dehydratace pozitivní účinek ve smyslu zmírnění otoku, ascitu, snížené tvorby moči a tím i potřeby zavedení permanentního močového katétru, zmírnění zvracení, krvácení a jiné (Sláma a kol., 2007).

Máme několik možností vpravení tekutiny do těla. Přes laické po vysoce odborné. Vidíme-li, že pacient nezvládá sám pít z hrnečku, nabídneme brčko z umělé hmoty. Pokud ani toto pacient nezvládne, zkusíme tekutiny podat pomocí injekční stříkačky či kojenecké lahve. V případě, že stav nemocného je závažný natolik, že není možno podávat tekutiny ústy, lékař rozhoduje o dalším postupu. Tekutiny jsou pak podávány enterální nebo parenterální cestou. Aplikace tekutin intravenózním katétreem není v mnoha případech vhodná. Jednak z důvodu omezení hybnosti ale také dyskomfortu pacienta, náročné péče o katétr a možného vzniku infekčních komplikací. Snadnou a bezpečnou aplikaci tekutin do podkoží je možno zajistit také tzv. hypodermoklyzou. Jehla i s křídélky je zavedena do podkoží břišní stěny nebo přední stěny hrudníku. Je-li hypodermoklyza prováděna správně, je zpravidla dobře snášena. Pozorují běžně intravenózní způsob aplikace (Marková, 2010).

Péče o vyprazdňování

V péči o umírající se setkáváme s dvěma hlavními problémy. Jsou to inkontinence (moče a stolice) a zácpa. Důkladná prevence zácpy by měla být povinností pečujícího personálu, neboť může, zapříčinit vznik dalších obtíží včetně stresu. Prevence spočívá v adekvátním

přísunu tekutin a nutriční podpoře. Mobilní pacienty je nutno podporovat k fyzické aktivitě, přiměřenou stavu nemocného.

Z nefarmakologických prostředků využíváme jednoduchých prostředků, jako je požití vlažné vody po ránu na lačno, podávání švestkového kompotu atd. Pokud účinku pacient věří, mohou mít větší efekt, než terapie farmakologická (Marková, 2010).

Další příčinou zácpy mohou být i psychické zábrany spojené např. s vyprazdňováním se na lůžku. Pokud stav pacienta dovolí, umožníme pacientovi vyprázdnit se na WC, přičemž dbáme na soukromí. Nejčastější příčinou zácpy u umírajících pacientů je podávání analgetik, zejména opiátů. Proto je nutné již na začátku léčby zvážit současné podávání projímadel. Při přetrvávající zácpě pak lékař provádí pravidelně manuální vybavení stolice. Vybavování je pro pacienta nepříjemné jak po stránce psychické, tak z důvodů bolestí, které tento výkon provázejí. Je na místě proto před dalším výkonem zvýšit dávku analgetika nebo je jednorázově aplikovat (Marková, 2009).

Trpí-li pacient inkontinencí, která je v celé řadě případů smíšená, velký důraz se klade především na čistotu. Inkontinence představují rizikový faktor pro vznik dekubitů a intertriga. Proto musíme dbát na důkladnou hygienu a zajistit pomůcky pro inkontinenci. Zdravotnický personál musí být empatický, vstřícný a vyvarovat se nevhodných poznámek, které mohou pacienta ranit.

Hygienická péče o umírající

Nedílnou součástí o umírající tvoří hygienická péče. Umírající člověk může trpět průjmami, inkontinencí, často bývá opoceny, což u něho může vyvolat pocit ošklivosti ze sebe samotného. Pacienti někdy odmítají rodinu a přátele a izolují se od okolí. Proto bychom se měli snažit, aby se nemocný cítil co nejpříjemněji a byl v pohodlí (Šamánková a kol., 2005).

Při hygienické péči bereme v potaz pohyblivost a soběstačnost pacienta. Většina umírajících trpí bolestí, proto by péče o ně měla být jemná a citlivá. U pacientů imobilních, provádíme celkovou koupel na lůžku. Hygienická péče dále zahrnuje péči o kůži, která je v mnoha případech zmacerovaná, vlhká nebo naopak vysušená a popraskaná (Šamánková a kol., 2005).

Nedílnou součástí péče je péče o vlasy, nehty, oči, uši a velká pozornost se věnuje dutině ústní. Dutinu ústní kontrolujeme několikrát denně, čistíme zuby i dásně měkkým kartáčkem. Pokud má pacient zubní protézu, namáčíme ji do čistícího roztoku. Dále

promazáváme rty. Na suchou sliznici v ústech použijeme „umělé sliny ve spreji nebo zvlhčující gel (Marková, 2010).

Důraz klademe na čistotu prádla jak ložního, tak osobního. Blahodárný účinek mají relaxační masáže, míčkování a aromaterapie. V některých zařízeních můžeme v péči o terminálně nemocné pozorovat aplikaci konceptu bazální stimulace. Chceme-li, aby tato metoda byla efektivní, je nutné vědět o osobě pacienta co nejvíce. Informace se získávají jednak od pacienta, dále pak od příbuzných a známých. Pacient se musí cítit bezpečně a jistě, proto je důležité umístit oblíbené věci do jeho blízkosti (Čermáková, 2011).

Dušnost

Velmi častým problémem pro umírajícího je ztížené dýchání. Dušnost charakterizuje subjektivní pocit nemožnosti dýchat. Je to pocit nepříjemný a proto obtížně snášený, neboť dušnost je spojena s velkou obavou o vlastní život (Marková, 2010).

Až u 70 % onkologických pacientů se v posledních šesti týdnech života objevuje dušnost (Skořičková, 2004).

Dušnost provází svíravý pocit na hrudníku, strach a panika. Příčin dušnosti je mnoho. Nejčastěji se však projevuje při srdečním selhání, lokalizované či generalizované obstrukci dýchacích cest, anémii, ascitu nebo perikardiálním výpotku (Sláma a kol., 2007).

Je-li umírající nemocný dušný, je nutné řešit především úzkost. Proto je nutné ze strany ošetřujícího personálu zachovat rozvahu a působit na nemocného klidně. V přítomnosti rodiny u pacienta je důležité uklidnit i rodinu. Jako první pomoc je nutnost přístupu čerstvého vzduchu, nemocného uvést do zvýšené polohy a eventuálně dle ordinace oxygenoterapie (Marková, 2010).

Péče o spánek umírajících

Klidné noci a dostatečný spánek patří do významných faktorů kvality života umírajících pacientů. Pacient mnohdy trpí bezesnými nocemi s bolestí a úzkostí (Kalvach, 2010).

Jako další faktor poruchy spánku umírajícího člověka může být dyskomfort, vliv léků, nevhodná spánková hygiena, dysfunkce CNS a nebo nedostatek klidu ke spánku.

Je vhodné zajistit v místnosti tlumené světlo, klidné prostředí či příjemnou tichou hudbu (Sláma a kol., 2007).

Farmakologicky lze pacientovi pomoci aplikací nebarbiturátových hypnotik, aplikací benzodiazepinů, anxiolytik a antidepresiv (Kalvach, 2010).

V mnoha případech nemocný vypadá navenek, jako by spal, ale on v tomto čase zpracovává mnoho podstatných informací. Je to doba, ve které se člověk odpoutává od všech věcí, které se dějí venku a obrací se „dovnitř“. Tím, že více spí se stahuje z vnějšího světa. Ve snech, spánku i bdění vzpomíná, bilancuje a rekapituluje svůj život. Slova ztrácejí důležitost, což by si ošetřující osoba měla uvědomit. Je dobré být tichou oporou a ne násilím umírajícího budit a nutit ho do komunikace.

Obrať tvář k slunci a všechny stíny padnou za tebe.

/E. Hemingway/

1.2.5 Péče o psychosociální stránku umírajících

Psychoterapie se u umírajících pacientů nesoustředí pouze na ně samotné, ale zároveň pomáhá pečující rodině. Rodina je často zaskočena rychlým nebo náhlým zhoršením nemoci a vyčerpána dlouho trvajícím péčí. Na blízku by měl být psychoterapeut, jako člen paliativního týmu. Péče o nemocného je samozřejmostí, ale jeho práce spočívá i v pomoci členům rodiny. Být jim k dispozici při řešení situací, ve kterých potřebují podporu (Kalvach, 2010).

Všichni dobře víme, že práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale hlavně psychicky náročná. Je dokázáno, že jen psychicky dobře vyrovnaná pečující osoba umí vést pacienta a rodinu umírajícího k potřebám duševní hygieny a nabídnout pomoc v oblasti psychosociální (Haškovcová, 2007).

Je nutné si uvědomit, že řada nemocných se pod tíhou osobních změn, svízelných a kritických situací, které prožívají, mohou uzavřít do sebe a přestat se projevovat navenek (Zacharová a kol, 2007).

Péče o psychosociální stránku umírajících v sobě zahrnuje působení na citovou oblast nemocného a pomoc tomuto člověku ve svízelné sociální situaci. Ošetřující personál by si měl uvědomit, že tyto činnosti nejsou jen v péči sociálních pracovníků a psychologů. Není-li umírající v domácím prostředí, tráví s ním převážnou většinu času sestra. Zvládnání

psychosociální péče o umírající tak klade veliké nároky především na její všímavost, ohleduplnost, citlivost a schopnost vcítění se do jeho pocitů. Empatie je tak velmi cennou vlastností osob pečujících o umírající nemocné. Neboť jen zralá osoba, která je vyrovnaná s vlastní smrtelností se může vcítit do prožitků umírajících.

Proces umírání představuje pro člověka velikou zátěž. Pacient se musí přizpůsobit novým podmínkám a neubrání se úzkosti, depresi, rezignaci a poddávání se nemoci (Zacharová a kol., 2007).

Umírajícího člověka respektujeme jako jedinečnou lidskou bytost, nezávisle na stavu tělesné schránky a psychickém stavu. Na této myšlence je založeno celosvětové hospicové hnutí.

Nikdy nevíme, kdy budou vyřčena poslední slova nemocného, proto bychom si na každé pacientovo sdělení měli udělat čas. Nečekáme jen na slovní komunikaci, protože dobře víme, že neverbální komunikace je často mnohem důležitější. Lidské ruce, ramena a paže nemluví o nic méně, než náš jazyk. Většina umírajících stále méně hovoří, neboť slova ztrácejí důležitost. Nutit proto člověka ke konverzaci za každou cenu je nevhodné. Pamatujme na pozitivní sílu ticha a realizujme tichou asistenci (Venglářová a Mahrová, 2006).

Potřeby člověka jsou individuální a zcela individuální bude proto i postoj nemocného k informovanosti o sobě samém. Každý je sice oprávněn znát všechny informace o svém stavu, ale je třeba respektovat i to, že řada pacientů informovanost o své zdravotním stavu odmítá. Je důležité umírajícímu nikdy nelhat. Lež vede ke ztrátě důvěry, což má velký vliv na pocit jistoty a bezpečí. Nemocnému říkáme tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, když to slyšet chce (Svatošová, 2003).

Úloha naděje hraje v péči o umírající důležitou roli. Platí zásada nevyvracet a nikdy naději umírajícímu nebrat.

Sociální pomoc zajišťuje sociální pracovník. Zajišťuje sociální pomoc v otázkách finančních, spolupracuje s úřady a s příbuznými a zajišťuje sociální prevenci, která se zaměřuje na rozhovor s pacientem zaměřeným na vyhledávání sociálních potřeb, či zjištění sociálních obtíží.

„Smysluplnost života je možno vidět i v tom, že člověk vnitřně překonává neštěstí, do něhož se dostal, a že zvládnutím těžké situace vnitřně roste, dozrává, a to i tam, kde je mu mnohé odepřeno, čeho druzí mohou užívat v plnosti.“

/V. E. Frankl/

1.2.6 Péče o duchovní stránku umírajících

Duchovní péče musí být poskytována v souladu s mezinárodními úmluvami, standardy a v rámci legislativy ČR (Standardy kaplanství ve zdravotnictví, 2004).

Duchovní a náboženské přesvědčení hrají významnou roli v životě mnoha lidí. Ovlivňují člověka v náhledu na postoje a pocity k chudobě a smrti. Obvykle duchovní přesvědčení napomáhá lidem k akceptování své choroby. Duchovní péče dokáže dát životu i smrti smysl, může být přístavem síly, klidu a víry v období krize, poskytuje pocit bezpečí (Líšková a Nádaská, 2006).

Duchovní péči chápeme jako uspokojování spirituálních potřeb umírajících. Celá řada zdravotníků bohužel spojuje tyto potřeby jenom s věřícími pacienty. Mnoho nemocných pod tíhou zákeřné nemoci a bolesti hledá pomoc ve víře v Boha. Často umírající hledají a nacházejí smysl života, touží po odpuštění a my se pak stáváme svědky smíření.

Vzhledem k aktuálním potřebám umírajících a jejich rodin je potřebu duchovní péče nutno zdůraznit. Povinností ošetřujícího personálu je vyhovět žádosti o přivolání příslušného duchovního. Řada nemocnic, léčeben a ústavů spolupracuje s duchovními, kteří na žádost personálu potvrdí návštěvu u umírajícího. Kaple a modlitebny nacházíme v mnoho výše zmiňovaných institucích.

Bohužel tato péče není samozřejmostí v každém zařízení, proto i v dnešní době je možné se setkat s nemocným ve stavu duševní nouze.

Odborník na duchovní péči poskytuje pomoc v oblastech existenciálních, spirituálně-etických a náboženských dle potřeby pacienta. Potřeby se nesmí podřítit přání rodiny nebo třetí osoby. Odborník respektuje osobnost a hodnoty člověka, citlivě vkládá duchovní rozměr utrpení a hledá ve víře pacienta příklady dobré praxe a aplikuje je v různých situacích. (Marková, 2009).

2 MULTIKULTURNÍ OBRAZ SMRTI

2.1 Multikulturalita obecně

„Žádná kultura nemůže přežít, jestliže se chce vůči někomu uzavírat.“

Mahátma Gándí

Cílem vzdělávání v multikulturním ošetřovatelství je výchova nové generace sester. Je žádoucí, aby sestry byly připravené ošetřovat pacienty rozličných kultur. Tak jako je důležité studium anatomie, je nezbytně nutné studovat i kulturu, která zásadně život člověka ovlivňuje (Líšková a Nádaská, 2006).

Kultura je definována podle širšího a užšího pojetí. Širší pojetí vymezuje kulturu jako soubor všech činností člověka, kterými ovlivnil jak pozitivně či negativně přírodu. Toto pojetí také zahrnuje všechno, co vytváří lidská civilizace. Sem patří materiální výsledky lidských činností, jako jsou obydlí, nástroje, oděvy, průmysl. Také duchovní výtvořiny lidí, jako je umění, náboženství, morálka, zvyky, politika, právo (Průcha, 2004).

Podle užšího pojetí se pojem kultura vztahuje spíše k projevům chování lidí. Je kulturou určitého společenství se zvyklostmi, symboly, jazykovými rituály, předávanými zkušenostmi (Průcha, 2004).

Kultura je předávána z generace na generaci a mění se podle životních podmínek (Ivanová a kol., 2005).

Multikulturalismus je komplexní celek zahrnující poznatky, víru, umění, morální zásady, schopnosti a návyky vlastní lidem jako členům určité společnosti.

Multikulturní (transkulturní péče) je péče o pacienty odlišných kultur. V roce 1989 díky otevření hranic došlo k náhlému nárůstu počtu menšin, který i když v menším měřítku má stále pokračování i dnes. Jedním z důvodů, proč některým lidem dělá velký problém žít s odlišnou menšinou v jedné ulici, domě, městě byla dlouhodobá uzavřenost České republiky vůči okolnímu světu. Největším problémem je špatná komunikace, nepochopení a často vzájemné nedorozumění (Farkašová, 2009).

Pojmy multikulturní (transkulturní) péče používající se jak ve zdravotnické literatuře, tak i v praxi, slouží jako synonyma. Ukazuje se již zhruba 20 let, že multikulturalismus a základní kulturní koncepce, které chápou kulturu jako ohraničený a stejnorodý celek a její nositele za těžko adaptovatelné etnity, jsou zavádějící a nepoužitelné. A v dnešní době vysoké mobility

lidí vidíme, že lidské světy jsou vysoce komplexní a individualizované. Jsou formovány osobními zkušenostmi člověka, jeho individualitou, sociokulturním pozadím a vnějšími podmínkami. Dnes již téměř nelze připsat určitý komplex specificky kulturních vlastností jednotlivým skupinám migrantů (Domening, 2001).

Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytnout lidem různých kultur, kulturně specifickou a všestrannou pomoc v podpoře zdraví, blaha nebo pomoci jim čelit nepříznivým lidským okolnostem, těžkostem i smrti kulturně vhodným způsobem.

Rasismus je přesvědčení o výjimečném postavení a hodnotě vlastní rasy a méněcennosti ras ostatních. Jiné rysy jsou někdy pocíťovány jako nebezpečí pro vlastní rasu (Jandourek, 2001).

Akultura je termín, který jedná se o vnitřní kulturní změnu při vzájemném kontaktu rozličných kultur (Soukup, 2000).

Enkultura je tímto procesem dochází k začleňování jedince do kultury. Dochází k osvojování představ a společensko-kulturních omezení sdílených členy dané kulturní společnosti (Soukup, 2000).

Národnost vyjadřuje příslušnost k určitému společenství se shodnou kulturou, jazykem a náboženstvím, které se liší od ostatní populace (Líšková a Nádaská, 2006).

Migranti jsou osoby přicházející do cizí země s úmyslem v ní zůstat. Migrací rozumíme stěhování, pohyb, přemísťování a přesídlování jednotlivců i skupin. Migranti jsou vystavováni zatěžujícím podmínkám životním, sociálním, pracovním, zdravotním a jazykovým, které působí jako patogeny.

Etnicita je pojem zdůrazňující atribut rasy. Jedná se o společenství lidí, jejichž společným rysem je rasový původ, obvykle společný jazyk a stejná společná kultura (Jandourek, 2001).

Pojem etnikum je používáno ve významu národní menšiny, jejichž kultura je odlišná od kultury většinové, ale etnikum nemusí být nutně totožné s národem (Jandourek, 2001).

Dominantní kultura - kultura, která má převahu na daném území a je hlavní kulturou obyvatelstva. Je kulturou prioritní skupiny.

Etnocentrismus vyjadřuje přesvědčení o tom, že vlastní kultura je nadřazená nad ostatními (Farkašová, 2009).

Minoritní skupina - jde o skupinu lidí, kteří jsou pro svoje fyzické a kulturní charakteristiky vyčleněni od ostatních příslušníků společnosti, ve které žijí. Odlišné chování vůči nim je možno pokládat za objekt kolektivní diskriminace (Farkašová, 2009).

Bikulturní skupina je skupina, kde jejichž příslušníci jsou vyznavači dvou kultur, dvou životních stylů a dvou skupin hodnot.

Subkultura je skupina odlišná od příslušníků dominantní kultury, která je však její součástí. Členové subkultury jsou nositelé specifických norem, hodnot, chování, životního stylu, kterým se odlišují od většinové kultury (Farkašová, 2009).

Kulturně univerzální jsou všeobecné projevy chování či životního stylu, které jsou podobné v různých kulturách (Líšková a Nádaská, 2006).

Kulturně specifická znamená praktiky, systém hodnot, přesvědčení a modely chování speciální či unikátní pro danou skupinu (Průcha, 2001).

Kulturní chudoba je nedostatek jmění, úplná nemajetnost, nedostatek něčeho, prázdnota, ubohost (Průcha, 2001).

Kulturní vzory jsou naučená a závazná schémata užívaná při jednáních ve standardních situacích, jež působí navenek v podobě mravů, obyčejů, zákonů a tabu (Farkašová, 2009).

Spiritualita je náboženský a duchovní život člověka, který souvisí s možnými vnějšími projevy (Líšková a Nádaská, 2006).

Asimilace je proces postupného včleňování jedné kultury do druhé. Toto může mít za následek to, že znaky kultury původní nahradily znaky dominantní kultury. Pokud je asimilace přirozená, může vést k obohacení obou kultur (Průcha, 2001).

Kulturní šok je reakce lidí na obyčejné situace, ve kterých ztrácejí efektivnost jejich předcházející způsoby chování. Šok může nastat při násilném přecházení do jiného společenství nebo kultury a dle Brinka a Saudersa má čtyři fáze.

1. fáze - „medových týdnů“- vzrušení v novém prostředí
2. fáze - realizace života v novém prostředí - frustrace, pocit méněcennosti, uzavřenost a hněv
3. fáze - hledá přiměřené modely chování - vytváří přátelské vztahy, poskytuje rady
4. fáze – žije si celkem pohodlně a efektivně (Ivanová a spol., 2005).

Socializace je osvojení norem daní společnosti a proces společenského začleňování (Líšková a Nádaská, 2006).

2.1.1 Sčítání lidu, domů a bytů

V březnu 2011 proběhlo v České republice sčítání lidu, domů a bytů. Podle předběžných výsledků zveřejněných v prosinci 2011 žije v ČR 10 562 214 obyvatel (o 322 154 více než před 10 lety). Nárůst je dán nejen porodností, ale hlavně přílivem cizinců, kterých v současnosti na území ČR žije o 260, 5% více než před deseti lety. Počet žijících cizinců v ČR se dostává k hodnotě půl milionu (Český statistický úřad, 2012).

Ukrajinci tvoří v ČR nejpočetnější skupinu cizinců (117 810). Druhou nejpočetnější skupinou cizinců jsou Slováci (84 380), na třetím místě se umístili Vietnamci (53 110) potom následují Rusové (36 055), Němci (20 780), Poláci (17 856).

K romské národnosti se přihlásilo 13 150 obyvatel. Pouze (5 199) uvedlo jen tuto národnost. Převážná většina tuto národnost uvedla v kombinaci s jinými národnostmi (romská a moravská nebo romská a česká) (Český statistický úřad, 2012).

2.2 Specifická péče o umírající různých náboženství

2.2.1 Křesťanství

Křesťanství je náboženství, jehož základy položil Ježíš Nazaretský, známý jako Ježíš Kristus (asi 4. př. n. l. - 29 n. l.). Křesťanství vzniklo v rámci židovského náboženství, ale během dvaceti let po Ježíšově smrti začalo zapouštět kořeny i mezi nežidovské věřící. Klíčovou postavou náboženství a života v křesťanství je Ježíš Kristus. Název tohoto náboženství je tedy odváděn od Krista (řecky Christos - Kristus, christianos - křesťan) (Štampach, 2008).

Křesťanství klade důraz na Ježíšovu smrt a vzkříšení. Křesťané věřili, že Kristovou smrtí a vzkříšením Bůh učinil krok ke spasení světa. Počátky křesťanství daly vznik dalším později posvátným spisům, které se nazývají Nový zákon.

Křesťanství existuje ve třech hlavních formách: Římskokatolické - hlavou církve je papež, Ortodoxní, kde hlavou je cařihradský patriarcha první mezi rovnými patriarchy různých ortodoxních církví a Protestantské, což je označení luterských a reformovaných křesťanských církví. Církví vzniklých po vystoupení Martina Luthera (Ralbovská, 2010).

Pro zástupce římskokatolického vyznání není smrt definitivním koncem. Smrt je vnímána jako brána do života věčného.

Každý umírající křesťan klade v závěru života důraz na čtyři hodnoty. Je to duchovní pohled na Pána Ježíše Krista, dále Boží slovo pro duchovní posílení a modlitební podporu křesťanů (Kaczmarczyk, 2010).

Co je cílem křesťanské pastorační péče o umírající? Cíl je spatřován v tom, aby lidé umírali v Pánu, protože jen takto jsou lidé Bohem blahoslaveni. Umírat v pánu znamená umírat v Ježíšově ruce, v plném osobním odevzdání do Jeho milosti, v plné důvěře, že Pán Ježíš Kristus je dokonalým spasitelem. Je vítězem nad smrtí a je dárce věčného života (Kaczmarczyk, 2010).

Křesťanství chápe povolání zdravotníků jako službu bohu a bližnímu. Nemocný člověk prosí o záchranu, vysvobození o pomoc a boží vůle pro něho představuje dobro a spásu. Při uskutečnění uzdravující svátosti smíření může být právě profesionální zdravotník nápomocný. Nejčastěji sestra povzbuzuje pacienta k projevení lítosti a ujistí ho o milosrdenství (Líšková a Nádaská, 2006).

Svátost pomazání nemocného slouží k povzbuzení nemocného, k důvěře v uzdravení a k odpuštění hříchů. Dodává duchovní sílu. Je určena klientům ve vážném zdravotním stavu, v bezvědomí, v terminálním stádiu (Líšková a Nádaská, 2006).

Svátost posledního pomazání se zařazuje do doby bezprostředně před smrtí. Přistupující kněz pomazává umírajícího olejem na několika místech těla. Pacientovi musí být vysvětlen význam pomazání. Nemocný či umírající přijímá tuto svátost s očekáváním, vírou a významem (Ralbovská, 2010).

Svátosti pomazání může předcházet svaté přijímání a zpověď. V současné době jsou svátosti pomazání nabízeny a poskytovány formou duchovních služeb umírajícím křesťanům, neboť křesťanství je nejrozšířenější náboženství v České republice.

Veliký význam mají pro umírajícího hlasité přímluvné modlitby, které vnímá svým duchem, třebaže je tělesně velmi slabý a není již verbální komunikace. Blahodárně působí na umírajícího přítomnost blízké osoby, která jej drží za ruku, hladí a s láskou o něho pečuje. Velmi blahodárně působí i poslech křesťanských písní (Kaczmarczyk, 2010).

O tělo by mělo být pečováno a zacházeno s ním s respektem a úctou. Křesťanovi musí být vždy dopřán křesťanský pohřeb. Výjimkou jsou pouze sebevrazi. Ztížený odchod z tohoto světa můžeme pozorovat u lidí, kteří s sebou nesou nějaké hříchy. Jejich velikou obavou je pronikavý pohled Boha v očistci a u posledního soudu.

Základem křesťanské morálky je přesvědčení, že se člověk rozhoduje pro dobro a ne pro zlo (Ralbovská, 2010).

2.2.2 Judaismus

Judaismus patří k národním náboženstvím. Je náboženstvím Bohem vyvoleného národa. Nositeli judaismu jsou Židé. Judaismus je rozšířen především v Izraeli.

Spolu s křesťanstvím a islámem patří mezi nejstarší monoteistická náboženství. Jeho kořeny sahají do 13. století př. n. l. do doby Mojžíšovy, jehož předchůdci byli bibličtí praotci. Židovské populace bylo ve světě asi 18 miliónů. Hrůzným holocaustem byl počet snížen na 12 miliónů a dnešní židovská populace čítá přibližně 13 miliónů Židů (Keene, 2008).

Jde o milosrdné náboženství, které se zaměřuje na praktický život. Pobožní lidé se modlí třikrát denně. Hlavní důraz klade na rodinný život, domácnost, na slavení svátku Šabatu, což je období mezi pátečním západem slunka a sobotním večerem, který se koná každý týden. Po dobu Šabatu židé nepracují, nepoužívají dopravní prostředky a mají zákaz manipulovat s penězi. Schází se rodina a přátelé. Strava musí být čistá - košer strava. Jde o oddělené požívání mléčných a masných výrobků a absolutní zákaz požívání vepřových mas. Den smíření je spojen s dvacetičtyřhodinovým půstem. Je to období, ve kterém se nic nejí ani nepije (Líšková a Nádaská, 2006).

V České republice se v současnosti nachází 10 židovských obcí seskupených pod Federací židovských obcí, jejíž sídlo je v Praze. Sedm jich je v Čechách a tři na Moravě. K roku 2005 bylo v České republice 4000 osob židovské víry (Spiegel, 2007).

Zákon židům prikazuje v případě potřeby vyhledávat kvalifikovanou medicínskou péči. Může být provedena amputace, přijímána krev, užívány léky a provedena vakcinace. Každá odejmutá část těla bývá pohřbena. Těla jsou rituálně omývána v pohřebních ústavech. Jsou velmi brzy pochována. Židé jsou proti kremaci. Pitvě se nebrání v případě, že nebudou odebrány části těla. Neboť většina ortodoxních židů věří, že do země se musí tělo vrátit celé. Ostatky zemřelého zůstávají na věky na místě, kde byly pohřbeny (Keene, 2008).

Judaismus má optimistický charakter. Tradice judaismu tkví v tom, že nemocný člověk nemá být v nemocnici a ve smrti sám. Vlastní smrt v židovském životě je velkou událostí. Přípravy začínají ještě za života. Pokud to lze, má se umírající odebrat k Bohu za přítomnosti

rodinných příslušníků. Umírajícího má rodina připravovat v plném vědomí, pokud je to možné (Spiegel, 2007).

Mělo by být samozřejmostí zajištění nepřetržitého pobytu u umírajícího v ústavním prostředí jeho nejbližšími. Židé si velmi váží svého zdraví. Pouze v době hlavních židovských svátků a o šabatu mohou odmítnout hospitalizaci a lékařský zákrok. Nesmí se však jednat o život ohrožující stav (Ivanová, 2005).

Židé zastávají právo na život a povinnost zachránit život má přednost téměř přede všemi rituálními příkazy a také u beznadějných stavů. Jedinou výjimkou je jasně definovaný stav bezprostředně nastupující smrti, kdy je smrt očekávána v době tří dnů (Ivanová, 2005).

V ústavu či zdravotnickém zařízení není existence synagogy (konají se zde bohoslužby) žádoucí. V době umírání, kdy pacient ještě přijímá potravu a tekutiny je nutné znát zásady stravování židů a z nich vycházet. Je na místě informovat se členy rodiny či pacientem o složení stravy. Dle zvyklostí by měla být čas od času podávána umírajícímu polévka, čaj, nebo voda. Nezastupitelnou úlohu zde má nutriční terapeut (Ralbovská, 2009).

Je dobré umožnit umírajícímu ošetření nebo vyšetření příslušníkem stejného pohlaví, neboť v Izraeli mají pacienti na toto právo. V případě, že vyšetření nebo ošetření ženy je prováděno mužem, měl by být u výkonu manžel nebo jiný člen rodiny. Pokud toto nelze zajistit, musíme pamatovat na přítomnost sestry nebo dalšího člena zdravotnického týmu. Důvodem je zabránění, aby pacient nezůstal v místnosti sám (Ralbovská, 2010).

Další možností v péči o umírající židy je přítomnost pohřebního bratrstva Cherva kadyša. Jedná se o skupinu mužů a žen, známých svou zbožností. I jejich přítomnost u lůžka umírajícího bychom měli umožnit. Tito lidé zůstávají u umírajícího až do konce a po smrti zatlačí zemřelému oči a narovnájí končetiny (Ralbovská, 2010).

2.2.3 Islám

Islám patří mezi nejmladší světová náboženství. Jde o monoteistické náboženství, jinými slovy se jedná o náboženství, které uznává jediného Boha, tím je Alláh, který je stvořitelem celého vesmíru a všeho na této planetě. Islám hlásá odevzdanost a podřízenost Alláhovi a odevzdání se Bohu. Prorok Mohamed je zakladatelem, který se narodil v Mekce. S podstatou Alláha je spojen jeden neodpuštělný hřích, jímž je víra v jiné bohy. Alláh jako jediný má právo rozhodnout o cestě do nebe nebo pekla (Keene, 2008).

Muslim je člověk vyznávající Islám. Tito lidé se řídí posvátnou knihou Korán, která je považována za neomylné slovo Boží. A obsahuje věci víry, morální záležitosti a vztahy mezi lidmi (Líšková a Nádaská, 2006).

Po dobu posvátného měsíce ramadán od východu od západu slunka musí věřící dodržovat půst. Týká se půstu v jídle a pití, nesmí se kouřit a mít sexuální kontakty (Ralbovská, 2010).

Islám vnímá nemoc, umírání a také utrpení jako součást života a trest Alláhův. Nemoci se odpykávají hříchy a smrt je součástí cesty k Alláhovi. U muslimů je otázka nemoci a umírání spojena s určitými rituály. Nemoc je v Islámu také chápána jako něco zavazujícího pro rodinné příslušníky. Nemocný stojí v centru zájmu a péče celé rodiny. Za sociální povinnost se v islámských zemích považuje návštěva nemocného (Ivanovová a kol., 2005).

Migranti z islámských zemí se bojí personálu v nemocnicích nejen z důvodů jazykové bariéry, ale především toho, že nebudou pochopeni.

Při poskytování péče o muslimského umírajícího musíme respektovat tělesnou oblast, která je tabu. U muslimů mužů je to oblast mezi koleny a pupkem, která musí být neustále zahalena, i když v místnosti jsou přítomni pouze muži. Zdravotní péči o muslimské muže a ženy by neměl vykonávat personál opačného pohlaví. Pokud toto nelze zajistit, je potřeba zdůraznit umírajícímu, že i když respektujeme příkázání jeho víry, nelze toto zajistit. Poprosíme ho o pochopení a vstřícnost v dané situaci. U muslimských žen je intimní oblast od krku až po kolena. Ortodoxní muslimské ženy nemají zahalený pouze obličej, ruce a nohy. Povinnost zahalení těchto částí ale neplatí při styku s ostatními muslimskými ženami, dětmi, manželem a blízkými příbuznými. Jelikož je v islámských zemích běžné, že se vyšetření ženy účastní manžel, případně příbuzní stejného pohlaví, je-li to možné, pamatujeme na to i v terminálním stadiu (Ivanovová a kol., 2005).

U ženy pacientky mohou mužští členové komunity a muž-duchovní přijít jenom v případě výslovného přání umírající ženy (Ivanová a spol, 2005).

Muslimské náboženství povoluje k záchraně života i k jeho prodloužení používat všechny prostředky. Transfuze krve i od dárců neislámského vyznání jsou povoleny.

Přáním muslimského pacienta je, aby měl tvář ať již v sedě nebo v leže obrácenou k Mekce.

U lůžka umírajícího je třeba respektovat přítomnost nejen příbuzných, ale i stařešinů muslimské komunity v neposlední řadě duchovní. Tito recitují umírajícímu verše z Koránu a jeden z členů rodiny mu šeptá do ucha výzvy k modlitbě. Po skonu nemocného následuje

rituální umytí těla. Pokud pacient umírá v cizí zemi a cizím prostředí, kde není možno kontaktovat členy rodiny či komunity, měli by se zdravotníci snažit alespoň některé rituály provést sami (Ralbovská, 2010).

2.3 Specifická péče o umírající různých etnik

2.3.1 Romové

K romské národnosti se v Čechách hlásí jen třináct tisíc obyvatel České republiky. Romové svým původem pocházejí z Indie. Prakticky dnes osidlují celý svět. Ve 14. století se poprvé vyskytli na území Čech a Moravy (Ivanová, 2005). Romské kmeny se dělí do pěti základních skupin na Sinty, Olahy, maďarské, české a slovenské. Právě romové slovenští jsou nejvíce zastoupeni z celé romské populace, a to v 65 - 70% (Kolektiv autorů, 2005).

Základní hodnotový systém Romů vykazuje mnohé odlišnosti od české společnosti. Vyzdvihována je úcta ke svým předkům a také často až nekritická láska k vlastním dětem. Zvláštní hodnotou Romů je romství. Týká se znalosti zvyků, jazyka, charakteristického vzhladu, ale hlavně slušného vychování. To má svá specifika v každém rodu, ale pro všechny Romy je jeho součástí zdvořilost, pohostinnost, veliká úcta ke stáří a solidarita (Sekyt, 2001).

Za zmínku stojí uvést některé nedostatky, které jsou vytýkány z české strany. Je to hlučnost, špatné sousedské vztahy, nevzdělatelnost, velmi nízká kvalifikace, lenost, špatná pracovní morálka, nečestné jednání, kriminalita a agresivita. Naopak Čechům je ze strany Romů vytýkán citový chlad, nadřazené chování, rasismus a vypočítavost (Sekyt, 2001).

Romové mají velikou úctu k rodičům, proto o ně pečují ve stáří až do smrti. Pokud to stav umírajícího dovolí, pečují o něho v domácím prostředí. Mají velký strach z bolesti a je u nich nutné počítat s velmi emotivními a hlasitými projevy (Ivanová, 2005). Romové hospitalizaci obecně špatně snáší. Riziko je přístup k medikamentózní léčbě. Romové užívají léky pouze v akutní fázi a po vymizení příznaků léky přestávají brát. Často personálu nedůvěřují a z jejich strany se můžeme setkat s neochotou. Personálu nedůvěřují a mohou se projevit agresivitou. Kontakt s rodinou je pro ně důležitý zrovna jako spoluúčast v rozhodování o jednotlivých krocích léčby (Zacharová, 2009).

Ošetřování romských pacientů klade veliké nároky na psychiku zdravotnického personálu. Romové nechápou ironii. Špatně se orientují podle hodin, protože pozdě vstávají. Romové trpí velkým strachem z nemoci a smrti, když není stav vážný. Proto zdravotník nesmí spěchat, musí být trpělivý. Informace je třeba opakovat a klást zpětnou vazbu. Ke každému

romskému příslušníkovi a zejména k umírajícímu přistupovat individuálně podle potřeb. Personál musí mluvit v krátkých větách, konkrétně a stručně a nebát se dotyku a blízkosti. Romové nejsou zvyklí prosit a děkovat. Pokud to chod oddělení dovolí, je třeba umožnit častější návštěvy rodinných příslušníků (Zacharová, 2009).

Romské etnikum uctívá několik pohřebních rituálů, se kterými se musí zdravotnický personál seznámit. První dvě až tři noci po smrti zůstává podle zvyků rodina u těla zemřelého. K zemřelému chovají velkou úctu a respekt. Nehledě na vzdálenost je účast na pohřbu žádaná, neboť dnes již málokde žijí takto početné rodiny pohromadě (Kol. autorů, 2005). Podle významu člena rodiny se na pohřeb se sjíždí stovky až tisíce příbuzných. Pohřby jsou velké, nákladné akce s hudbou a hostinou. Do rakve se zemřelému dávají z důvodu posmrtného blahobytu cigarety, peníze, zlato. Romové drží smutek celý rok, během kterého se neúčastní žádných oslav. Ženy chodí v černém (Zacharová, 2009).

2.3.2 Vietnamci

Neoficiální odhady hovoří o šedesáti tisících občanů vietnamské národnosti žijících na území České republiky (Slezáková, 2005).

Vietnam je znám několika náboženskými směry. Nejvíce zastoupen je buddhismus. V každé domácnosti je oltář s vonnými tyčinkami, fotkami příbuzných a ovocem. Přednost Vietnamců je velká náboženská tolerantnost (Mocková, 2007).

Z právního hlediska se nejedná o menšinu žijící v našem státě, neboť Vietnamci ve většině případů nejsou občany ČR. Proto spadají do skupiny cizinců, jejichž pobyt je regulován imigrační politikou našeho státu. Vietnamská komunita se díky své obchodní expanzivě vyskytuje téměř na celém území České republiky. O bližší seznámení s vietnamskou komunitou se nejvíce příliš velký zájem ze strany Čechů, což ale platí často i z opačné strany. Nejpravděpodobnější příčina je v kulturní oblasti, dále v uzavřenosti vietnamské menšiny a hlubokých jazykových nedostatecích (Mlýnková, 2009).

Ve Vietnamu se lidé velmi často usmívají, úsměv má v Asii kromě tradičního významu i pocit veselosti, radosti a humoru. Úsměv také vyjadřuje omluvu v případě, že dotyčný nerozumí projevům mluvčího.

Citová stránka hraje ve Vietnamu důležitější úlohu než u nás. Pro vietnamské páry je ale nepřijatelné líbání se na veřejnosti. Také dotyk nebo pohlazení po vlasech je výsadou rodičů.

Jinak se pohlázení považuje za přílišnou intimitu. Co se týče stravovacích návyků, pokud u jídla někdo mlaská nebo řihá, není to projevem neslušného chování, ale pochvala a spokojenost s hostitelem (Kocourek, 2011).

Vietnamská rodina má stále patriarchální charakter. Typická vietnamská rodina je široká. Tvoří ji rodiče a děti, také vzdálení příbuzní a někdy i blízcí přátelé.

Úlohou vietnamské ženy je starat se o rodinu, vychovávat děti. Povinností rodiny je postarat se o nemocného a umírajícího především v chudších oblastech, kde je péče nedostupná. Vietnamci mají ke zdravotníkům velikou úctu a jejich pokyny přesně plní. Základem vietnamské kultury je rovnováha sil jang a jing. Jang znamená teplo, světlo a sucho. Jing znamená chlad, tmu a vlhko. Proto i v péči o umírající můžeme vidět prvky přírodní medicíny a náboženství (Mlýnková, 2009; Mastiliaková a kol, 2007).

Vietnamci jsou charakterističtí svým postojem k vyjádření bolesti nebo jiným problémům. Uplatňují zásady svého slušného chování a nezatěžují své blízké vlastními problémy, jsou v každé situaci klidní a vyrovnaní. Pro zdravotníky je zcela klíčové, dávat si pozor na nežádoucí příznaky např. bolest a zvracení. Vietnamci mají mnohdy obavy ze vzniku závislosti na lécích (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Při závažnosti zdravotního stavu vietnamského etnika, je nutné celou situaci konzultovat s hlavou rodiny. Rodina si v mnoha případech nepřeje, aby byl nemocný stresován.

Vietnamci ve zdravotnickém zařízení očekávají dostatek informací ohledně zdravotního stavu, plánovaných postupů a vyšetření. Nutnost se klade na zachování soukromí. Pokud jsou vyšetřování a ošetřování v rukavicích, vítají to a považují to za velmi hygienické (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Pokud Vietnamec umírá, upřednostňuje umírání v rodinném kruhu, v domácím prostředí. Pro Vietnamce je typické, že zesnulý je oděn do bílého obleku a pozůstalí mu na polštář nosí různé předměty (Čermáková, 2011).

Ve Vietnamu se upřednostňuje pohřeb do země. Tělo se ukládá do země bez rakve, ale je možná i kremace. Pokud se přeje být zemřelý pochován ve své zemi, je spálen a popel je převezen do Vietnamu (Škrabová, 2010).

2.3.3 Ukrajinci

Po první světové válce naši zemi zasáhla větší vlna přistěhovalců z Ukrajiny. Československý stát poskytoval uprchlíkům z Ukrajiny finanční pomoc a snažil se hájit jejich potřeby a zájmy. Byl kladen velký zájem o rozvoj ukrajinského školství. Byly založeny ukrajinské vysoké školy. Po květnu 1945 zanikla většina ukrajinských spolků, institucí a byly zrušeny zbylé ukrajinské vysoké školy. Další instituce byly zrušeny v roce 1948 (Zilynskyj, Kočík, 2001).

Občané ukrajinské národnosti jsou tradičně zastoupeni ve všech krajích České republiky, nekonzentrují se do jedné či málo oblastí jako celá řada minoritních skupin. Přijíždějí do České republiky především kvůli zaměstnání a vylepšení ekonomické situace. V ČR nemají přílišnou potřebu navazovat sociální vztahy (Drbohlav, 2001).

Na Ukrajině převládá pravoslavné náboženství a kultura vychází z křesťanských tradic. Co se týče zdravotní péče je na Ukrajině ve velmi špatném stavu. Systém veřejného pojištění řádně nefunguje, tudíž pacienti platí za výkony a ošetření často hotově a přímo lékaři. Kvalita zdravotnické péče se pak odvíjí od složené částky. Rodinní příslušníci také platí v nemocnici zdravotnickému personálu za některé úkony, provádí výkony, jako je například přebalování inkontinentních a ležících pacientů (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Nemocný a umírající pacient obdrží seznam léků a pomůcek, které musí sám nebo s pomocí rodiny před nástupem do zdravotnického zařízení nakoupit. Proto jsou ukrajínští pacienti velice skromní v našich zdravotnických zařízeních. Jsou ukázněni, emotivně se nijak neprojevují a jsou spíše uzavření. Chápu režimová opatření a chod nemocnice a ochotně se přizpůsobí našim podmínkám. Menší problém při ošetřování nemocných a umírajících může nastat ve stravování. Důležitost kladou Ukrajinci na držení půstu nejen v době církevních svátků, ale i ve všední den. Např. páteční půst zajistí hodného manžela, proto je třeba tyto zvyky znát a respektovat je. (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Protože většina Ukrajinských občanů v České republice pracuje, jsou zde bez rodin, proto rodinní příslušníci od nemocnice nechodí. Pokud ale v České republice žije celá rodina, chodí na návštěvy velice často a střídají se vždy tak, aby u nemocného či umírajícího člověka vždy někdo byl (Drbohlav, 2001).

Velký problém v ošetřování ukrajinského pacienta je pro zdravotnický personál v České republice problém v neschopnosti produktivní komunikace v souvislosti s nedostatečnou znalostí jazyka (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

U umírajících pacientů je důležité zajistit přítomnost rodiny. Pokud pacient Ukrajinské národnosti zemře, tak dříve než se pohřbí, musí být tělo zemřelého doneseno v rakvi na jednu noc domů. Rakev s ostatky je položena uprostřed pokoje. V pokoji se zakryjí všechna zrcadla a příslušníci nesmějí zapínat v tento den televizi. Druhý den se rakev odnese na hřbitov a je položena do země (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

3 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO VZORKU

Respondenty mého výzkumného šetření byly registrované všeobecné sestry pracující v ambulancích, lůžkových standardních oddělení a jednotkách intenzivní péče v jedné nemocnici krajského typu.

O spolupráci jsme požádali vrchní sestry sedmi oddělení krajské nemocnice. Tato spolupráce byla pro výzkum zásadní z toho důvodu, že se vrchní sestry daného šetření samy účastnily. Jelikož záměrem výzkumu bylo zjišťování aktuálních znalostí všeobecných sester, byly vrchní sestry při vyplňování jednotlivých dotazníků přítomny.

Požadavek na všeobecnou sestru byl jeden zásadní - a to nutnost osvědčení práce bez odborného dohledu, neboť v dotazníku je mnoho otázek, na které by sestra pracující pod odborným dohledem nebo zdravotnický asistent, odpovídali jen obtížně. Samozřejmě dalším důležitým faktorem byla ochota respondentů spolupracovat. Jejich předpokládaný počet před zahájením výzkumu činil maximálně 80 respondentů.

4 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro výzkumné šetření byl z možných výzkumných metod použit anonymní nestandardizovaný dotazník - jde o relativně nejrozšířenější a nejpoužívanější techniku výzkumu, která je v podstatě souborem otázek, jež jsou předem pečlivě připraveny i formulovány a dotazovaný respondent odpovídá písemnou formou. Výhoda této metody spočívá v jednoznačné formulaci otázek bez emocí dotazovaného, možnosti rychlého ekonomického shromažďování dat a v hromadném počítačovém zpracování (Bártlová, 2005).

Použitý dotazník je tvořen z 15 otázek. U všech dotazů byly použity strukturované polynomicke (výběr z několika možností odpovědí). Otázky byly sestaveny tak, aby jim respondenti rozuměli a vybrali jednu možnost, kterou zakroužkují. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění zcela dobrovolné.

Výzkumné šetření bylo zahájeno v září 2011 a probíhalo do ledna 2012. Prvním krokem výzkumu bylo zaslání žádosti o povolení výzkumu v dané krajské nemocnici.

Druhým krokem bylo oslovení vrchních sester jednotlivých oddělení dané ho nemocničního zařízení. Bylo osloveno 7 vrchních sester, všechny s výzkumem souhlasily a podílely se na něm. Všechny vrchní sestry dotazník vyplnily a uvedly možné připomínky, dle kterých byl dotazník upraven do konečné verze a předán k dispozici.

Sběr dat byl ukončen v lednu 2012 a informace z vyplněných dotazníků byly zpracovány a z výsledků vyvozeny závěry. K dispozici bylo dáno 80 dotazníků, z toho bylo možné vyhodnotit 69 dotazníků.

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumná otázka č. 1

Mají sestry s vyšším stupněm vzdělání (VOŠ, VŠ) větší znalosti o jednotlivých náboženstvích než sestry s nižším stupněm (SŠ, SŠ + PSS)?

Výzkumná otázka č. 2

Ovlivňuje délka praxe ve zdravotnickém zařízení přístup k pacientovi/klientovi odlišného etnika a náboženství?

Výzkumná otázka č. 3

Využívá zdravotnický personál při komunikaci s pacientem/ klientem cizincem možnost překladatele nebo jiných možností?

6 ZPRACOVÁNÍ DAT

Po skončení sběru dat následovalo třídění a statistické zpracování. Data byla nejdříve roztríděna v počítačovém programu Microsoft Excel a výsledky zobrazeny v grafech a tabulkách.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Celkové výsledky jsou rozdělené dle metodiky výzkumu. Pro přehlednost a názornost uvádím výsledky výzkumu v grafech, event. tabulkách. Zjištěná data jsou shromážděna v tabulkách četností, které jsou součástí příloh této práce.

Symbolika použitá v tabulkách:

- absolutní četnost n_i
- relativní četnost v % f_i
- pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i = n_i / n \cdot 100$
- celková četnost \square

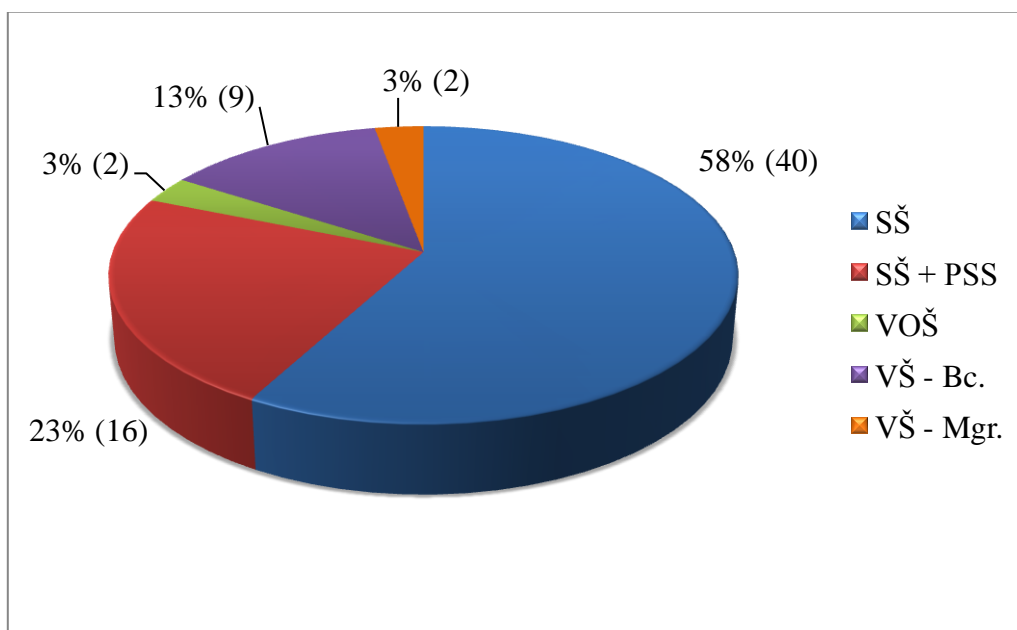
Poznámka: hodnoty relativních četností jsou zaokrouhlené na dvě desetinná místa.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Pro prezentaci vztahu nebo poměru jednotlivých částí celku byly pro přehlednost většinou zvoleny koláčové (výsečové) grafy.

Absolutní četnost je počet respondentů nebo počet stejných odpovědí z nabízených možností. V grafu je počet respondentů nebo odpovědí uveden v závorce. Relativní četnost informuje o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na uvedenou dílčí hodnotu. V grafu je vyjádřena procenty. U znalostních otázek je v legendě grafu správná odpověď zvýrazněna tučně.

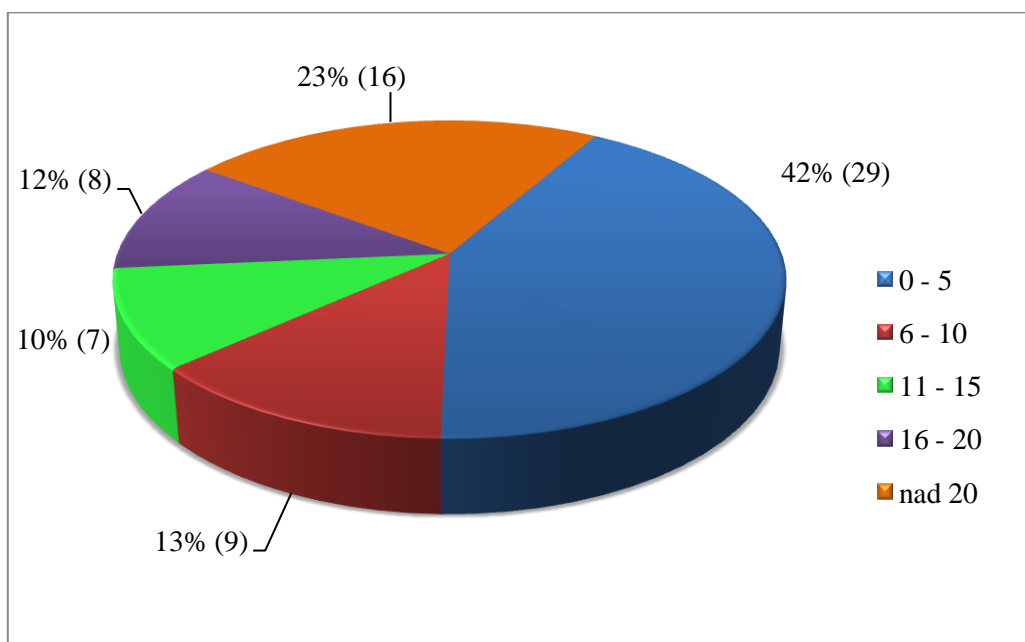
Otázka č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání



Obr. 1 - Vzdělání respondentů

Vzdělání bylo u 40 respondentů (58 %) středoškolské, specializační studium absolvovalo 16 respondentů (23 %), VOŠ absolvovali 2 respondenti (3 %), bakalářské studium ukončilo 9 respondentů (13 %) a magisterské 2 respondenti (3 %).

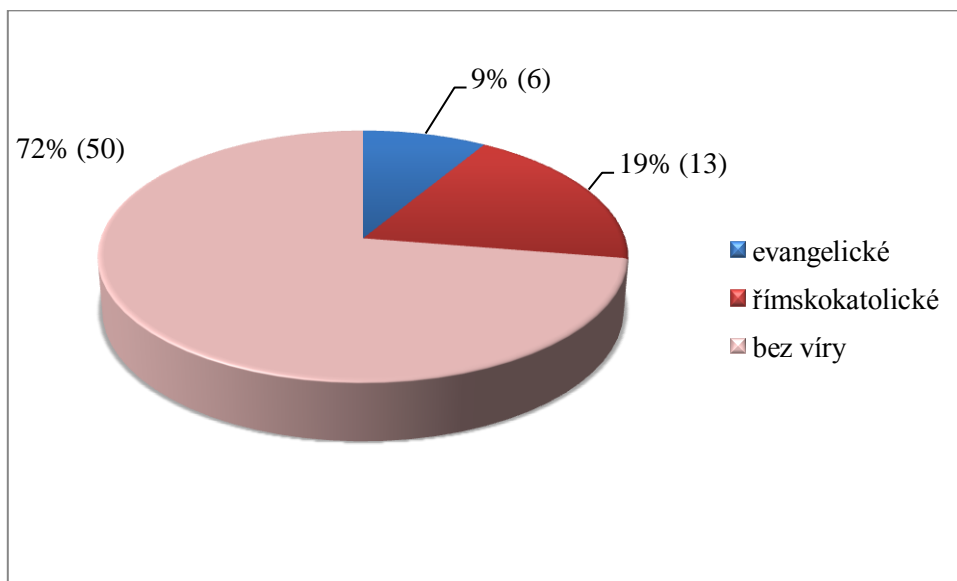
Otázka č. 2: Délka praxe respondentů



Obr. 2 - Délka praxe ve zdravotnictví

Podle délky praxe byli respondenti zastoupeni takto: do 5 let výkonu povolání spadá 29 respondentů (42 %), 6 - 10 let praxe uvádělo 9 respondentů (13 %), 11 – 15 let praxe bylo zastoupeno 7 respondenty (10 %), 16 – 20 let praxe 8 respondentů (12 %) a nad 20 let praxe mělo 16 respondentů (23 %).

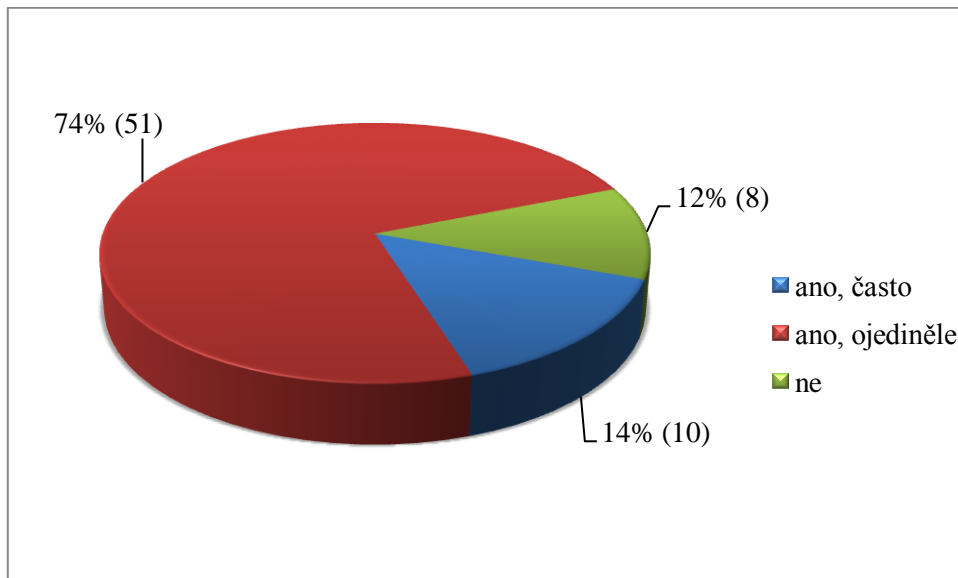
Otázka č. 3: Vztah k náboženství



Obr. 3 - Vztah k náboženství

K římskokatolické víře se hlásí 19 % respondentů (13), k víře evangelické se hlásí 9 % (6) respondentů, bez víry je 72 % (50) respondentů, k jiné víře se nehlásí žádný respondentů.

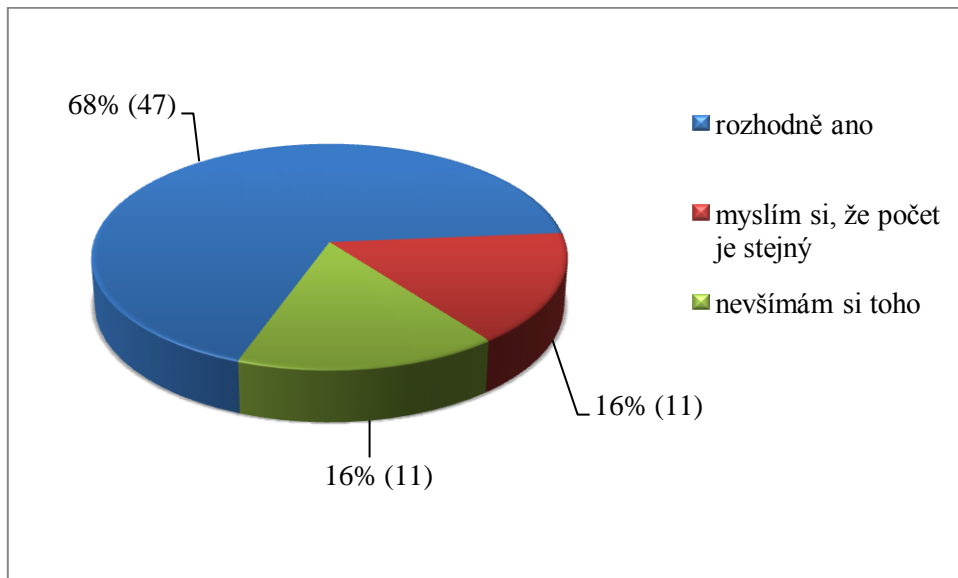
Otázka č. 4: Setkáváte se během své praxe s pacientem/klientem odlišného etnika či náboženství?



Obr. 4 - Častost kontaktů s klientem odlišného etnika či náboženství v praxi

10 respondentů (14%) uvádí, že se s pacientem/klientem odlišného etnika ve své praxi setkává často. 51 respondentů (74%) se setkává ojediněle a 8 respondentů (12%) se s těmito pacienty/klienty neseťkává.

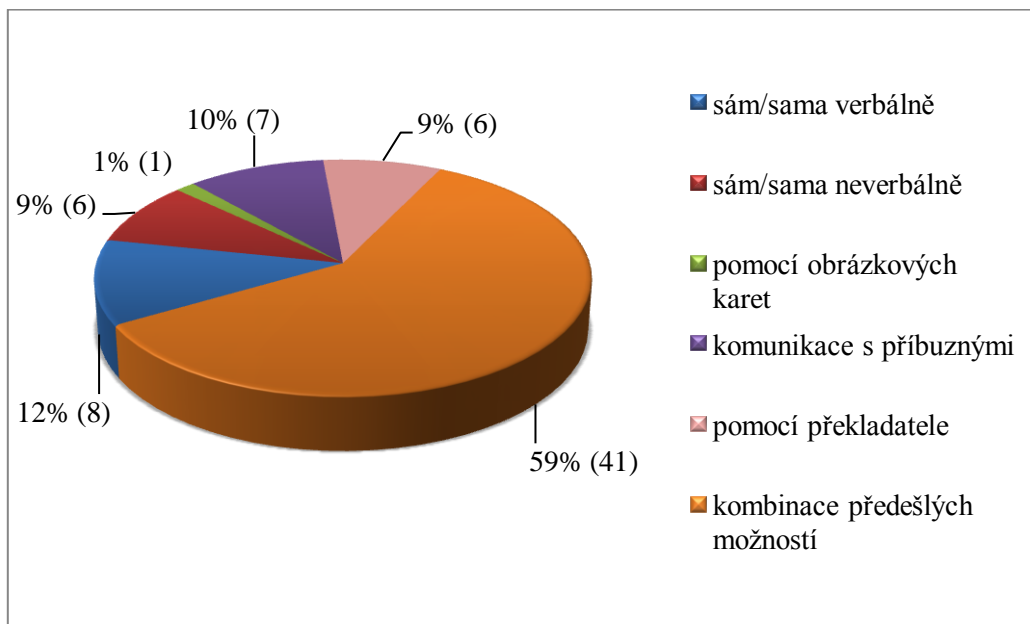
Otázka č. 5: Domníváte se, že pacientů/klientů cizinců ve zdravotnických zařízeních v ČR v posledních letech přibylo?



Obr. 5 - Nárůst cizinců ve zdravotnických zařízeních

47 respondentů (68%) se domnívá, že pacientů/klientů cizinců ve zdravotnických zařízeních v ČR v posledních letech přibylo. 11 respondentů (16%) vnímá, že stav cizinců je stejný a 11 respondentů (16%) si dané problematiky nevšímá.

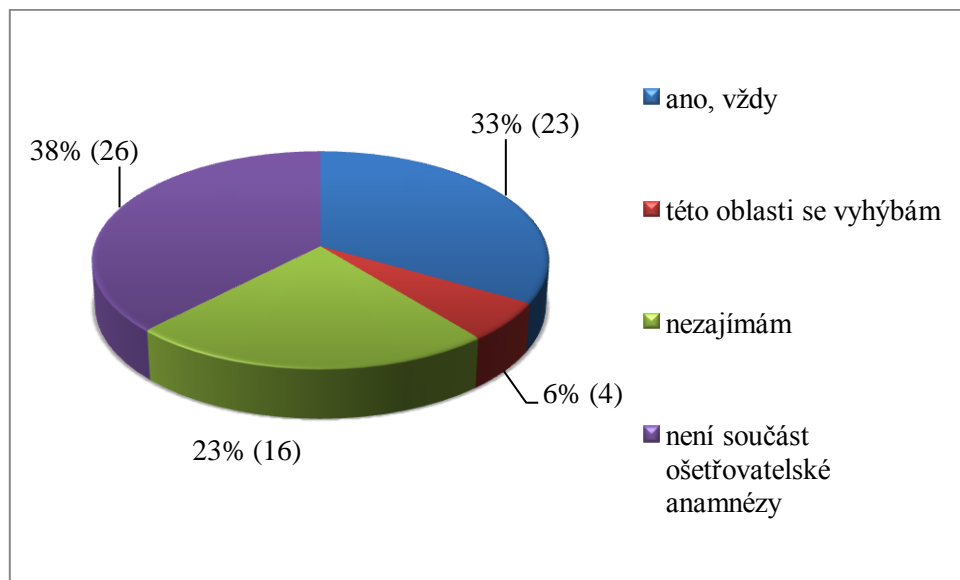
Otázka č. 6: Pokud jste se setkal/a s pacientem/klientem jiné kultury, jak jste se domluvili?



Obr. 6 - Způsoby dorozumívání s cizinci

Verbálně bez pomoci se s pacientem/klientem domluvilo 8 respondentů (12%), neverbálně 6 respondentů (9%), 1 respondent (1%) uvedl pomocí obrázkových karet, 7 respondentů (10%) by komunikovalo s příbuznými. Překladatele by využilo 6 respondentů (9%) a kombinací předešlých možností uvedlo 41 % respondentů (59%).

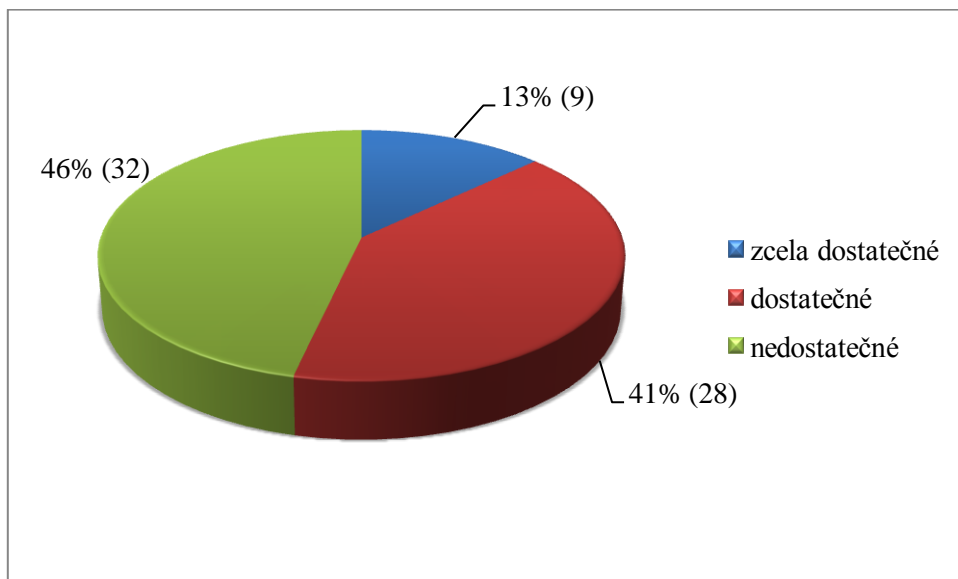
Otázka č. 7: Zajímá Vás náboženství či etnická příslušnost pacienta/klienta při sestavování ošetřovatelské anamnézy?



Obr. 7 - Náboženství a etnicita v ošetřovatelské anamnéze

Při sestavování ošetřovatelské anamnézy se o náboženskou víru a etnickou příslušnost pacienta/klienta zajímá vždy 23 respondentů (33%). Dané oblasti se vyhýbají 4 respondenti (6%) a o danou problematiku se nezajímá 16 respondentů (23%). 26 respondentů (38%) odpovědělo, že součástí ošetřovatelské anamnézy toto zjištění není.

Otázka č. 8: Vaše vědomosti o základech jednotlivých náboženství považujete za...



Obr. 8 - Znalosti základů jednotlivých náboženství

Za zcela dostatečné považuje svoje vědomosti o náboženství 9 respondentů (13%). Dostatečné vědomosti uvádí 28 respondentů (41%) a nedostatečné 32 respondentů (46%).

Tab. č. 1 - Úroveň znalostí o náboženství u respondentů s vyšším stupněm vzdělání

Vaše vědomosti o základech jednotlivých náboženství považujete za (sestry s VOŠ a VŠ)	f_i	n_i
zcela dostatečné	0,00%	0
dostatečné	14,50%	10
nedostatečné	4,30%	3

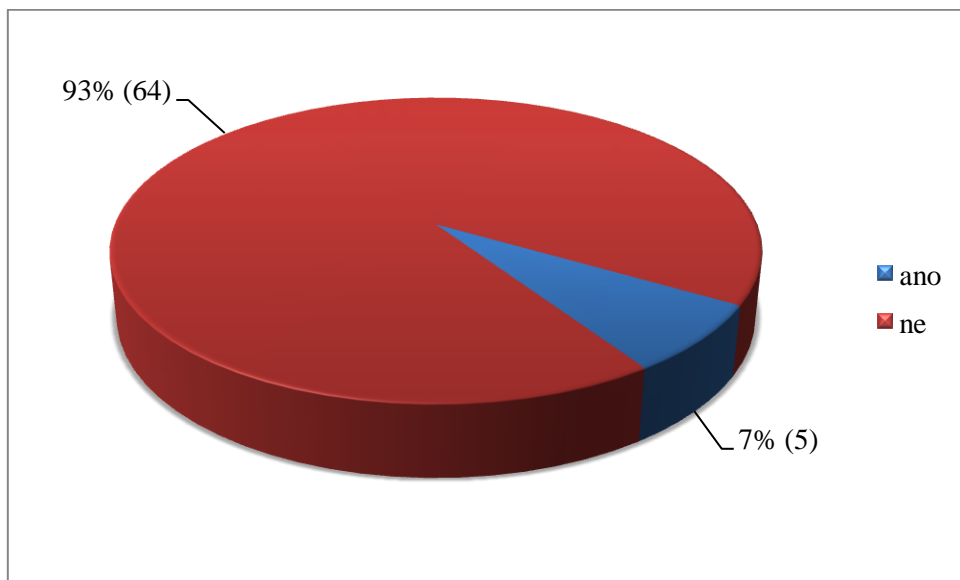
Z celkového počtu respondentů s vyšším stupněm vzdělání (VOŠ, VŠ) nepovažuje žádný respondent své znalosti o náboženství za dostatečné. 10 respondentů (14,50%) hodnotí své znalosti za dostatečné a 3 respondenti (4,35%) je vnímají jako nedostatečné.

Tab. č. 2 - Úroveň znalostí o náboženství u respondentů s nižším stupněm vzdělání

Vaše vědomosti o základech jednotlivých náboženství považujete za (sestry se SŠ a SŠ + PSS)	f_i	n_i
zcela dostatečné	13,05%	9
dostatečné	26,10%	18
nedostatečné	42,05%	29

Z celkového počtu respondentů s nižší stupněm vzdělání (SŠ a SŠ + PSS) hodnotí 9 respondentů (13,05%) své znalosti za zcela dostatečné, 18 respondentů (26,10%) za dostatečné a 19 respondentů (27,55%) za nedostatečné.

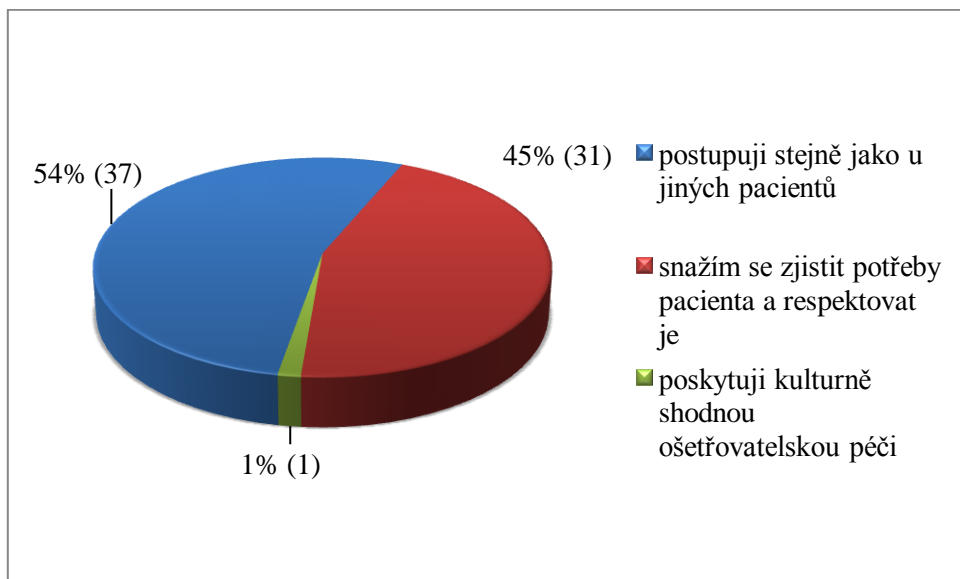
Otázka č. 9: Máte k dispozici informační materiály o odlišnostech péče k pacientům/klientům různých etnických skupin a náboženského vyznání?



Obr. 9 - Informační materiály o odlišnostech v péči o pacienty jiného etnika a náboženství

Informační materiály o odlišnostech péče k pacientům/klientům různých etnických skupin a náboženského vyznání má k dispozici 5 respondentů (7%), zbývajících 64 respondentů (93%) tyto materiály k dispozici nemají.

Otázka č. 10: Jak postupujete (by jste postupoval/a), když na Vašem oddělení dojde (by došlo) k setkání s umírajícím pacientem jiného etnika?



Obr. 10 - Postup v péči o umírajícího pacienta jiného etnika a náboženství

Dojde - li k setkání s umírajícím jiného etnika a náboženství postupuje 37 respondentů (54%) stejně jako u jiných pacientů. 31 respondentů (45%) uvádí, že se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je. Kulturně shodnou ošetrovatelskou péči poskytuje pouze 1 respondent (1%).

Tab. č. 3 - Postup v péči o umírající jiného náboženství a etnika u sester s praxí do 10 let

Jak postupujete (byste postupovala), když na Vašem oddělení dojde (by došlo) k setkání s umírajícím pacientem jiného etnika (sestry s praxí do 10 - ti let)	f_i	n_i
postupují stejně jako u jiných pacientů	65,79%	25
snažím se zjistit potřeby pacienta a respektovat je	34,31%	13
poskytují kulturně shodnou ošetrovatelskou péči	0,00%	0

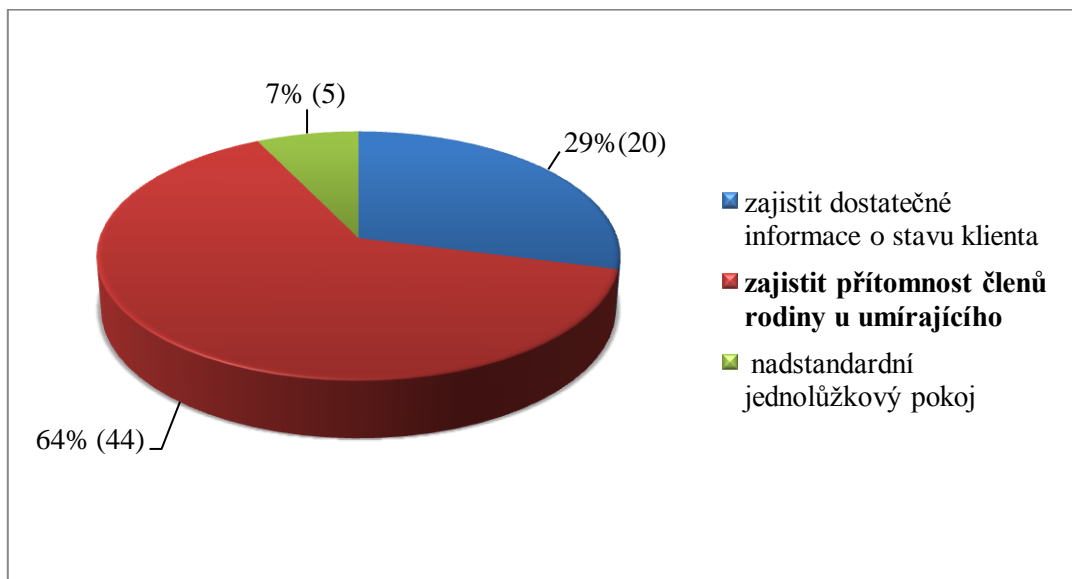
38 respondentů bylo s délkou praxe do 10 let. Z tohoto počtu uvedlo 25 respondentů (65,79%), že by postupovalo stejně jako u jiných pacientů, 13 respondentů (34,31%) se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je a žádný respondent neposkytuje kulturně shodnou ošetrovatelskou péči.

Tab. č. 4 - Postup v péči o umírající jiného náboženství a etnika u sester s praxí nad 10 let

Jak postupujete (byste postupovala), když na Vašem oddělení dojde (by došlo) k setkání s umírajícím pacientem jiného etnika (sestry s praxí nad 11 -ti let)	f_i	n_i
postupují stejně jako u jiných pacientů	38,71%	12
snažím se zjistit potřeby pacienta a respektovat je	61,29%	19
poskytují kulturně shodnou ošetrovatelskou péči	0,00%	0

31 respondentů bylo s délkou praxe nad 11 let. Z tohoto počtu uvedlo 12 respondentů (38,71%), že by postupovalo stejně jako u jiných pacientů, 19 respondentů (61,29%) se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je a žádný respondent neposkytuje kulturně shodnou ošetrovatelskou péči.

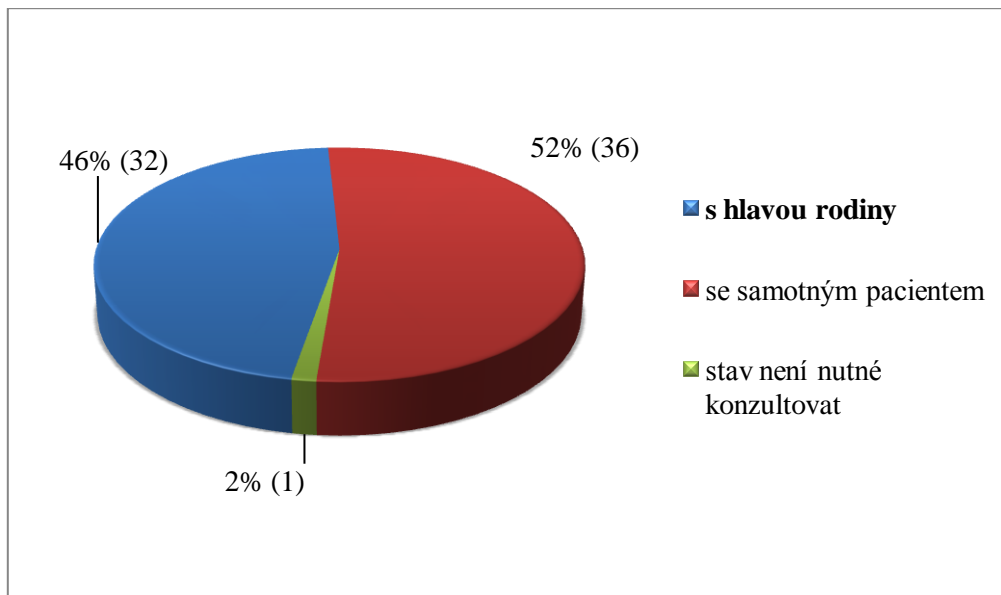
Otázka č. 11: Pro rodinu umírajícího rómského pacienta/klienta je prvořadé:



Obr. 11 - Priorita romské rodiny v péči o umírající

20 respondentů (29%) udává, že pro rodinu rómského pacienta/klienta je prvořadé zajistit dostatečné informace o stavu klienta. 44 respondentů (64%) uvádí jako prvořadé zajistit přítomnost členů rodiny umírajícího a zajistit nadstandardní jednolůžkový pokoj jako prioritu vnímá 5 respondentů (7%).

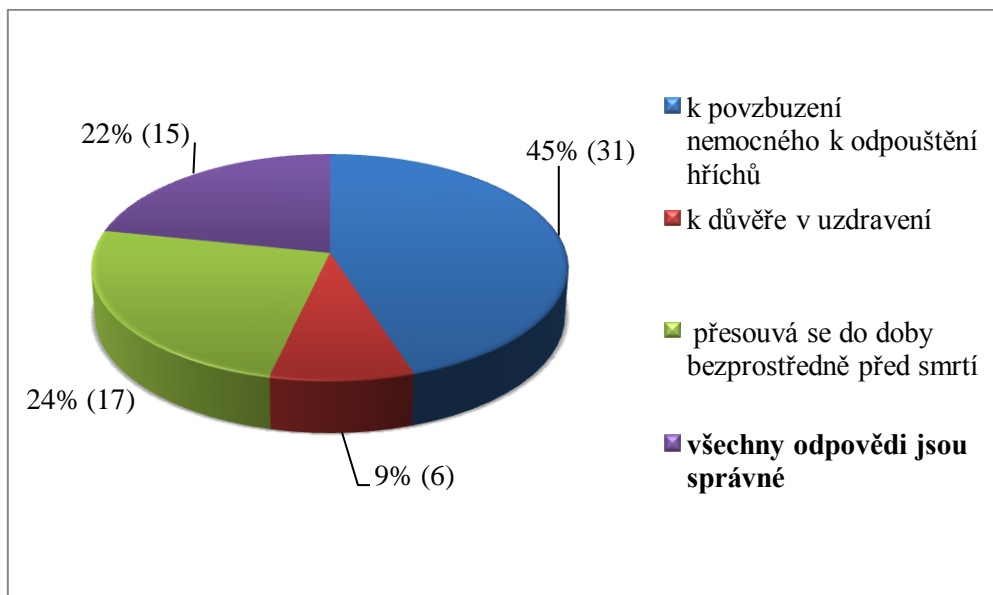
Otázka č. 12: Pokud je umírající pacient/klient vietnamské národnosti, je důležité jeho stav konzultovat s ...



Obr. 12 - Priorita v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta vietnamského etnika

32 respondentů (46%) uvádí, že pokud je umírající pacient/klient vietnamské národnosti, je důležité jeho stav konzultovat s hlavou rodiny, 36 (52%) respondentů by tento stav konzultovalo přímo s nemocným a 1 respondent (2%) by daný stav nekonzultovalo s nikým.

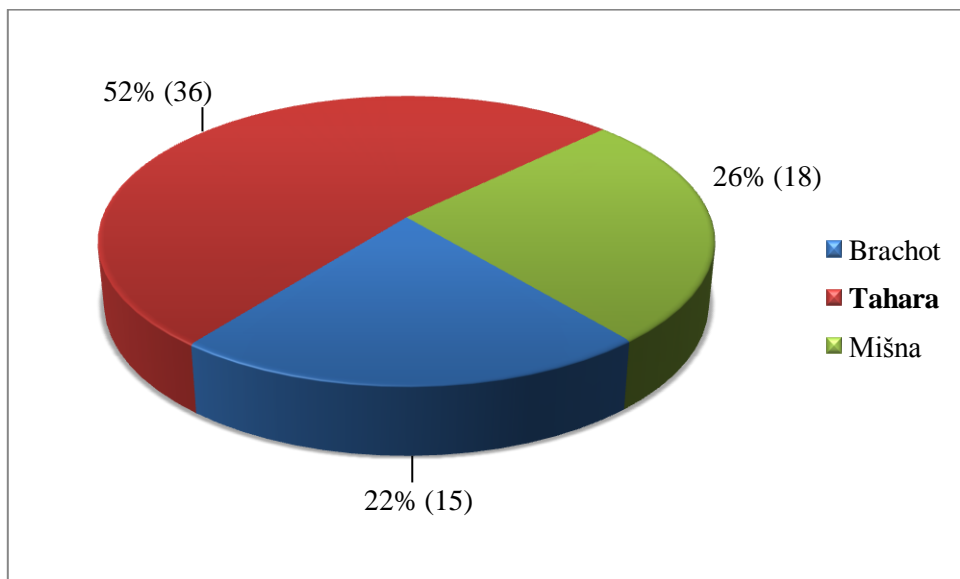
Otázka č. 13: Svátost pomazání nemocného slouží k ...



Obr. 13 - Důvody svátosti pomazání

31 (45%) respondentů vnímá svátost pomazání jako povzbuzení nemocného k odpouštění hříchů, 6 respondentů (9%) ji vnímá jako důvěře v uzdravení, 17 respondentů (24%) by tento rituál přesunulo do doby bezprostředně před smrtí a 15 respondentů (22%) považuje všechny možnosti odpovědí za správné.

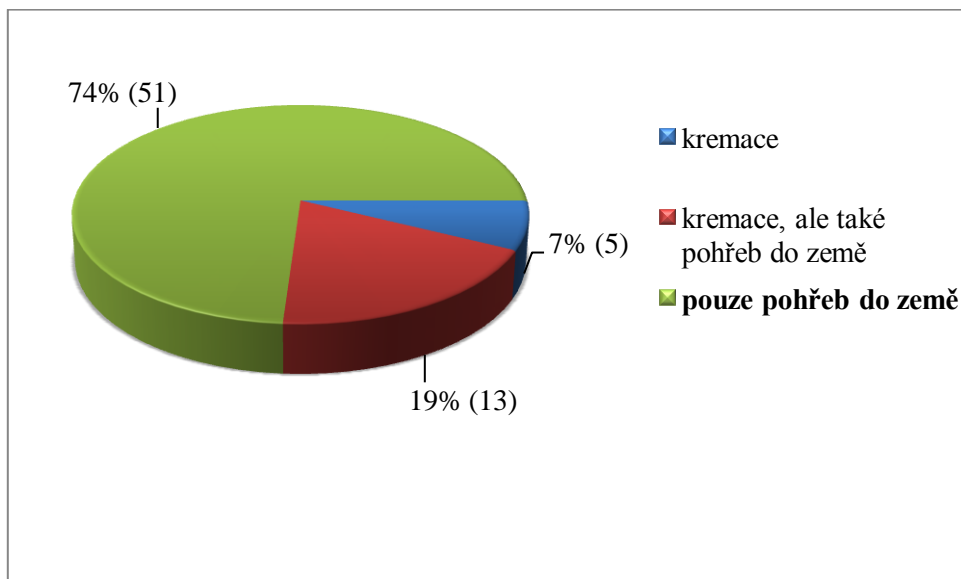
Otázka č. 14: Rituální způsob omytí mrtvého těla v Judaismu se nazývá...



Obr. 14 - Rituální způsob omytí mrtvého těla v Judaismu

15 respondentů (22%) označuje Brachot za rituální způsob omytí mrtvého těla v judaismu, 36 respondentů (52%) jej označuje za Taharu a 18 respondentů (26%) za Mišnu.

Otázka č. 15: Jaký je povolený způsob pohřbívání v Islámu?



Obr. 15 - Povolený způsob pohřbívání v Islámu

5 respondentů (7%) se domnívá, že povolený způsob pohřbívání v islámu je kremace, 13 respondentů (19%) uvádí současně s kremací i pohřeb do země a 51 respondentů (74%) za povolený způsob pohřbívání považuje pouze pohřeb do země.

DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1

Mají sestry s vyšším stupněm vzdělání (VOŠ, VŠ) větší znalosti o jednotlivých náboženstvích než sestry s nižším stupněm (SŠ, SŠ + PSS)?

Za zcela dostatečné považuje svoje vědomosti o náboženství 9 respondentů (13%). Dostatečné vědomosti uvádí 28 respondentů (41%) a nedostatečné 32 respondentů (46%). Tyto výsledky srovnáváme s výzkumem PhDr. Rebeky Ralbovské, Ph.D. (2009), která prováděla podobný výzkum ve své disertační práci s tématem Obraz smrti v multikulturním přístupu k péči o zdraví. Výsledky jsou prakticky totožné.

Z celkového počtu respondentů s vyšším stupněm vzdělání (VOŠ, VŠ) nepovažuje žádný respondent své znalosti o náboženství za dostatečné. 10 respondentů (14,50%) hodnotí své znalosti za dostatečné a 3 respondenti (4,35%) je vnímají jako nedostatečné.

Z celkového počtu respondentů s nižším stupněm vzdělání (SŠ a SŠ + PSS) hodnotí 9 respondentů (13,05%) své znalosti za zcela dostatečné, 18 respondentů (26,10%) za dostatečné a 19 respondentů (27, 55%) za nedostatečné.

Všeobecné sestry mají možnost seznámit se s problematikou multikulturního přístupu k pacientům/klientům odlišného etnika a náboženství v průběhu přípravy na budoucí povolání. Samostatný předmět Multikulturní ošetrovatelství je součástí vzdělávání na vyšších odborných školách a na školách vysokých. Studentům na středních zdravotnických školách tento předmět chybí. Proto jsme očekávali, že právě sestry s nižším stupněm vzdělání budou své znalosti hodnotit jako nedostatečné. Jelikož počet sester s nižším stupněm vzdělání bylo ve výzkumném vzorku téměř 4x více, je velmi obtížné tento vztah srovnávat.

Výzkumná otázka č. 2

Ovlivňuje délka praxe ve zdravotnickém zařízení přístup k pacientovi/klientovi odlišného etnika a náboženství?

Zde zjišťujeme, zda délka praxe ve zdravotnickém zařízení ovlivňuje přístup k pacientovi/klientovi odlišného etnika a náboženství?

Z celkového počtu respondentů uvedlo 37 (54%), že postupuje stejně jako u jiných pacientů. 31 respondentů (45%) uvádí, že se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je. Kulturně

shodnou ošetrovatelskou péči poskytuje pouze 1 respondent (1%). Tuto otázku srovnáváme s výsledky výzkumu Čermákové (2011), který prováděla v rámci své rigorózní práce na téma Analýza kompletní péče o umírající. Tyto výsledky jsou shodné.

38 respondentů bylo s délkou praxe do 10 let. Z tohoto počtu uvedlo 25 respondentů (65,79%), že by postupovalo stejně jako u jiných pacientů, 13 respondentů (34,31%) se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je a žádný respondent neposkytuje kulturně shodnou ošetrovatelskou péči.

31 respondentů bylo s délkou praxe nad 11 let. Z tohoto počtu uvedlo 12 respondentů (38,71%), že by postupovalo stejně jako u jiných pacientů, 19 respondentů (61,29%) se snaží zjistit potřeby nemocného a respektuje je a žádný respondent neposkytuje kulturně shodnou ošetrovatelskou péči.

Z výsledků šetření vyplývá, že délka praxe neovlivňuje přístup sestry k pacientovi/klientovi jiného etnika

Výzkumná otázka č. 3

Využívá zdravotnický personál při komunikaci s pacientem/ klientem cizincem možnost překladatele nebo jiných možností?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že verbálně bez pomoci se s pacientem/klientem domluvilo 8 respondentů (12%), neverbálně 6 respondentů (9%), 1 respondent (1%) uvedl pomocí obrázkových karet, 7 respondentů (10%) by komunikovalo s příbuznými. Překladatele by využilo 6 respondentů (9%) a kombinací předešlých možností uvedlo 41 respondentů (59%).

Dle Lochmanové (2010) se za velmi vhodnou pomůcku při komunikaci využívají komunikační karty, které slouží k lepšímu navázání slovního kontaktu a mohou předejít nedorozuměním a chybám z důvodu omezené komunikace. Bohužel jak je z výzkumu patrné, tuto možnost využívá pouze mizivé procento respondentů. Můžeme však předpokládat, že tyto karty využívají současně s jinými možnostmi komunikace.

ZÁVĚR

Téma této bakalářské práce je „Multikulturní aspekty v péči o umírající“. Jedná se o práci teoreticko - praktickou.

V části teoretické jsou rozebrány základní prvky paliativní péče a možnosti, které toto odvětví medicíny nabízí pro terminálně nemocné a jejich rodiny a blízké. Dále je zde věnována pozornost problematice multikulturního ošetřovatelství, jsou zde charakterizované prvky péči o umírající pacienty/klienty nejčastějších světových náboženství a jednotlivých, nejvíce v České republice zastoupených etnických skupin.

V části praktické je hlavním cílem zjistit míru informovanosti vybrané skupiny poskytovatelů zdravotní péče o odlišnostech v rámci kultur a jednotlivých náboženství. Respondenty tohoto výzkumu byly všeobecné sestry pracující v jedné nemocnici krajského typu. Respondenti své znalosti v péči o umírající pacienty/klienty hodnotí jako nedostatečné. To souhlasí i s jednotlivými výsledky znalostních otázek, které se týkaly specifík péče o umírající, zemřelé a pohřební rituály u vybraných náboženství a etnických skupin. Z výzkumu je rovněž patrný nedostatek informačních materiálů o dané problematice.

Během studia odborné literatury jsem se nesetkala se zdrojem, který by uváděl ucelený pohled na problematiku specifík v ošetřování pacienta/klienta různé náboženské víry a etnické skupiny. Na základě informací získaných ve výzkumném šetření jsem vypracovala informační materiál, který by mohl být přínosem ošetřujícímu personálu, který se ve své praxi setkává s umírajícími pacienty různé víry a etnika. Dále je možné tento materiál a celou práci považovat za zdroj informací pro studenty zdravotnických i jiných příbuzných oborů.

Význam práce pro praxi

- 1) Poskytnout výsledky náměstkyni ošetřovatelské péče dané nemocnice a vrchním sestřám z pracovišť, na kterých výzkum probíhal.
- 2) Zapojit se do vzdělávacích aktivit (mezinárodní a národní konference, ústavní semináře).
- 3) Vytvořit odborný článek do zdravotnického či ošetřovatelského periodika.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ČERMÁKOVÁ, K. *Analýza péče o umírající*. Bratislava, 2011. Rigorózní práce na Vysoké škole zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety.
2. ČERMÁKOVÁ, K. Bolest a onkologicky nemocný. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, roč. 6, č. 21, s. 20. ISSN 1801-1349.
3. DOMENING, D. *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle : Verlag Hans Huber, 2001. ISBN 3-456-83525-6.
4. DRBOHLAV, D. Ukrajinská menšina v České republice. In ŠIŠKOVÁ, T. (ed.) *Menšiny a migranti v České republice*. Praha : Portál, 2001, s. 89-97. ISBN 80-7178-648-9.
5. ERIKSEN, T. H. *Sociální a kulturní antropologie: Příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. Praha : Portál 2008. ISBN 978-80-7367-465-6.
6. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo teória*. 3. vyd. Martin : Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-322-6.
7. FRY, S. T. *Ethics in Nursing Practise : A Guide to Ethical Decision Making*. 2nd ed. Oxford : Blackwell Publishing, 2002. ISBN 0-632-05935-4.
8. GULÁŠOVÁ, I. *Bolest jako ošetrovatel'ský problém*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-288-5.
9. GULÁŠOVÁ, I. *Tělesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-305-9.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
12. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
13. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
14. KACZMARCZYK, S. *Pastorace umírajících (duchovní vedení umírajících)* [online]. 2010. [cit. 2010-16-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.skzcr.cz/pastorace-umirajicich/>>.
15. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha : Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
16. KEENE, M. *Světová náboženství*. Praha : Knižní klub, 2008. ISBN 978-80-242-2137-3.

17. KLENER, P.; VORLÍČEK, J. et al. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-264-1.
18. KOCOUREK, J. Vietnamci v České republice. In ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha : Portál 2001. ISBN 80-7178-648-9.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie*. 2005, Učební texty. Ostrava. ISBN 80-7042-349-8.
20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Cesta domů : Standardy hospicové paliativní péče* [online]. 2006. [cit. 2010-18-08]. Výzkum. Dostupné z WWW: <www.cestadomu.cz>.
21. LOCHMANOVÁ, L. *Záchranáři mají novou pomůcku pro komunikaci s cizinci* [online]. 2010. [cit. 2011-11-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.qap.cz/zdravi/pbject/zachranari-maji-novou-pomucku-pro-komunikaci-s-cizinci-21291/artikle.htm>>.
22. LÍŠKOVÁ, M.; NÁDASKÁ, I. a kol. *Základy multikulturního ošetrovatelstva*. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.
23. MARKOVÁ, A. *Hospic do kapsy : Příručka pro domácí paliativní týmy*. 1.vyd. Praha : Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
24. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
25. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava : Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-7.
26. MASTILIAKOVÁ, D. a kol. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi : podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. 1. vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN: 978-80-7248-005-0.
27. MLÝNKOVÁ, J. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florence – časopis moderního ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 10, s. 33-35. ISSN 1801-464X.
28. MOCKOVÁ, J. Vietnamci v České republice [online]. Praha : VZŠ a SZŠ, 2007 [cit. 2010-03-06]. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 4. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vietnamci-v-ceske-republice-301141>>.
29. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přeložila Mgr. Jana Heřmanová. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
30. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-885-6.

31. RALBOVSKÁ, R. Aspekty judaismu v ošetrovatelství. *Florence - časopis moderního ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 1. ISSN 1801-464X.
32. RALBOVSKÁ, R.; KNĚŽOVIČ, R. *Komunikace pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Evropské vzdělávací centrum, 2010. ISBN 978-80-87386-07-1.
33. RALBOVSKÁ, R. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Bratislava : VSZSP Sv. Alžbety Bratislava, 2010. ISBN 978-80-87386-02-6.
34. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
35. RYŠLINKOVÁ, M. Česká sestra v arabském světě. In RYŠLINKOVÁ, M. *Multikulturní ošetrovatelství v praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2856-8.
36. SEKYT, V. Romové. In ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vyd. Praha : Portál 2001. ISBN 80-7178-648-9.
37. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
38. SLEZÁKOVÁ, J. Vietnamská komunita v Jihlavě. In MORAVCOVÁ, M.; BITTNEROVÁ, D. *Kdo jsem a kam patřím?* Praha : Sofis, 2005. ISBN 80-210-3875-6.
39. SOUKUP, V. *Přehled antropologických teorií kultury*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-328-5.
40. SPIEGEL, P. *Kdo jsou Židé*. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-07-7.
41. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
42. SVOBODNÝ, P.; HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-424-1.
43. ŠAMÁNKOVÁ, M.; HUŠKOVÁ, M.; MATUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult I. a II. díl*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0477-9.
44. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu : sborník*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-285-8.
45. ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Euthanasie, víme o čem mluvíme?* 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.
46. ŠTAMPACH, I., O.: *Přehled religionistiky*. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-807367-384-0.

47. TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky : průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele* [online]. Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, I. Interní klinika FNKV Praha, 2001. [cit. 2011-02-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.pecujici.cz/download/pocityapotreby.pdf>> ISBN 80-238-8001-2.
48. TOŠNEROVI, J.; T. *Burn - out syndrom*. Praha : Hestia, 2002. Pracovní sešit. [cit. 2007-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.
49. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
50. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-7169-437-1.
51. VOLEKOVÁ, M.; ŠATNÍK, V. *Manuál klinické výživy*. Martin : Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-274-8.
52. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŘÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
53. ZILYNSKYJ, B.; KOČÍK, R. Ukrajinci v České republice. In ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, 2001, s. 81-88. ISBN 80-7178-648-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník.....	70
Příloha 2: Ukázka komunikačních karet.....	74
Příloha 3: Výuková prezentace - příloha na CD	

Příloha 1: Dotazník

Vážení kolegové.

Jmenuji se Lenka Sprateková a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií - Univerzita Pardubice. Dotazník, který se Vám dostává do rukou, je součástí mé bakalářské práce s názvem „*Multikulturní aspekty v péči o umírající*“. Ráda bych Vás touto formou požádala o spolupráci. Zatrhněte prosím vždy jen jednu odpověď, která podle Vás nejlépe vystihuje skutečnost. Dotazník je naprosto anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Vážím si času, který jste jeho vyplnění věnovali.

S pozdravem Lenka Sprateková

1) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- 1 SŠ
- 2 SŠ + PSS
- 3 VOŠ
- 4 VŠ – Bc.
- 5 VŠ – Mgr.

2) Vaše délka praxe ve zdravotnictví

- 0-5
- 6-10
- 11 – 15
- 16 – 20
- nad 20

3) Vztah k náboženství

- ne
- anopokud Vám to nevádí, uveďte jaké.....

4) Setkáváte se během své praxe s pacientem/klientem odlišného etnika či náboženství?

- ano, často
- ano, ojediněle
- ne

5) Domníváte se, že pacientů/klientů cizinců ve zdravotnických zařízeních v ČR v posledních letech přibylo?

1. rozhodně ano
2. myslím si, že počet je stejný
3. nevšímám si toho

6) Pokud jste se setkal/a s pacientem/klientem jiné kultury, jak jste se domluvili?

- sám/sama verbálně
- sám/sama neverbálně
- pomocí obrázkových karet
- komunikace s příbuznými
- pomocí překladatele
- kombinace předešlých možností

7) Zajímá Vás náboženství či etnická příslušnost pacienta/klienta při sestavování ošetřovatelské anamnézy?

- ano, vždy
- této oblasti se vyhýbám
- nezajímá
- není součástí ošetřovatelské anamnézy

8) Vaše vědomosti o základech jednotlivých náboženství považujete za:

- zcela dostatečné
- dostatečné
- nedostatečné

9) Máte k dispozici informační materiály o odlišnostech péče k pacientům/klientům různých etnických skupin a náboženského vyznání?

- ano
- ne

10) Jak postupujete (by jste postupoval/a), když na Vašem oddělení dojde

(by došlo) k setkání s umírajícím pacientem jiného etnika?

- postupuji stejně jako u jiných pacientů
- snažím se zjistit potřeby pacienta a respektovat je
- poskytuji kulturně shodnou ošetrovatelskou péči

11) Pro rodinu umírajícího rómského pacienta/klienta je prvořadé:

- zajistit dostatečné informace o stavu klienta
- zajistit přítomnost členů rodiny u umírajícího
- nadstandardní jednolůžkový pokoj

12) Pokud je umírající pacient/klient vietnamské národnosti, je důležité jeho stav konzultovat:

- s hlavou rodiny
- se samotným pacientem
- stav není nutné konzultovat

13) Svátost pomazání nemocného slouží:

- k povzbuzení nemocného k odpouštění hříchů
- k důvěře v uzdravení
- přesouvá se do doby bezprostředně před smrtí
- všechny odpovědi jsou správné

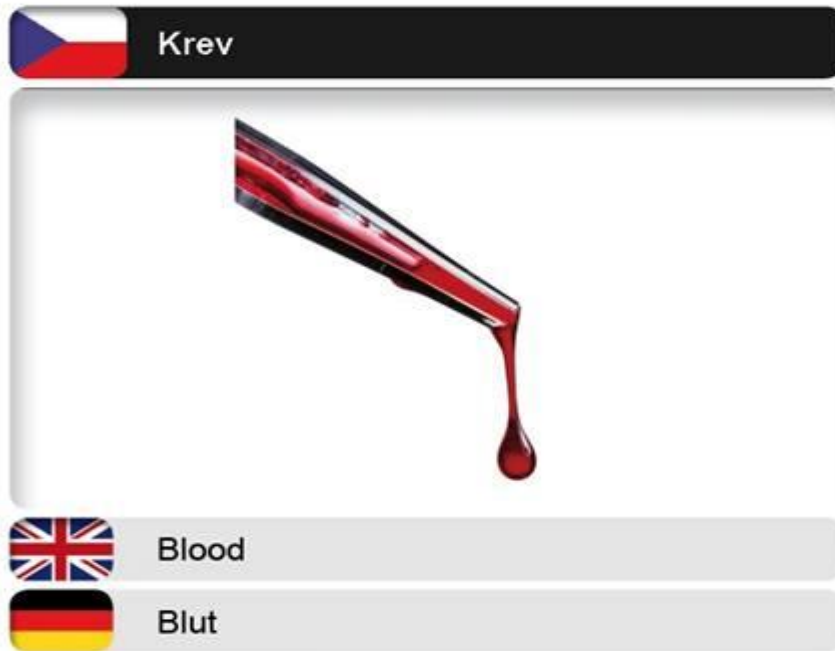
14) Rituální způsob omytí mrtvého těla v judaismu se nazývá:

- Brachot
- Tahara
- Mišna

15) Jaký je povolený způsob pohřbívání v islámu?

- kremace
- kremace, ale také pohřeb do země
- pouze pohřeb do země

Příloha 2: Ukázka komunikačních karet



http://zpravy.idnes.cz/obrazkove-karty-pomohou-cizincum-nemocnicim-usetri-desetisice-pwk-/domaci.aspx?c=A100316_163329_domaci_ban



Pardubické kartičky

http://www.google.cz/imgres?hl=cs&rls=com.microsoft:cs:IE-Address&biw=1024&bih=512&tbm=isch&tbnid=bAJ_nblLYOvLEM:&imgrefurl=http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/%3F%3D2200312&docid=wA3eTAekKMowLM&imgurl=http://www.migraceonline.cz/images/vlozene_v_clancich/pardubicke_karticky/pardubicke_karticky_03.jpg&w=300&h=229&ei=t862T_GYHZTU8QPATYimCg&zoom=1

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 - Úroveň znalostí o náboženství u respondentů s vyšším stupněm vzdělání s. 51

Tab. č. 2 - Úroveň znalostí o náboženství u respondentů s nižším stupněm vzdělání s. 5

Tab. č. 3 - Postup v péči o umírající jiného náboženství a etnika u sester s praxí do 10 let – s. 54

Tab. č. 4 - Postup v péči o umírající jiného náboženství a etnika u sester s praxí nad 10 let – s. 54

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Vzdělání respondentů	s. 43
Obr. 2 - Délka praxe ve zdravotnictví	s. 44
Obr. 3 - Vztah k náboženství	s. 45
Obr. 4 - Častost kontaktů s klientem odlišného etnika či náboženství v praxi	s. 46
Obr. 5 - Nárůst cizinců ve zdravotnických zařízeních	s. 47
Obr. 6 - Způsoby dorozumívání s cizinci	s. 48
Obr. 7 - Náboženství a etnicita v ošetrovatelské anamnéze	s. 49
Obr. 8 - Znalosti základů jednotlivých náboženství	s. 50
Obr. 9 - Informační materiály o odlišnostech v péči o pacienty jiného etnika a náboženství	s. 52
Obr. 10 - Postup v péči o umírajícího pacienta jiného etnika a náboženství	s. 53
Obr. 11 - Priorita rómské rodiny v péči o umírající	s. 55
Obr. 12 - Priorita v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta vietnamského etnika	s. 56
Obr. 13 - Důvody svátosti pomazání	s. 57
Obr. 14 - Rituální způsob omytí mrtvého těla v Judaismu	s. 58
Obr. 15 - Povolný způsob pohřbívání v Islámu	s. 59

SEZNAM ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
atd.	a tak dále
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
event.	eventuelně
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
NNP	nemocnice následné péče
PSS	pomaturitní specializační studium
SŠ	střední škola
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola