



**SBORNÍK**

**MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ  
V PERSPEKTIVĚ AKTUÁLNÍ SITUACE**

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**červen 2022**

## **OBSAH**

<b>VYBRANÉ PRVKY VÝUKY TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ S MOŽNOSTÍ IMPLEMENTACE DIGITÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ .....</b>	<b>3</b>
KRAUSE, M.	
<b>MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V KLINICKÉ PRAXI.....</b>	<b>10</b>
HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K.	
<b>ZDRAVOTNÍ ASPEKTY MIGRACE.....</b>	<b>17</b>
MARKOVÁ, E.	
<b>POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM V KONTEXTU PRÁV PACIENTŮ .....</b>	<b>26</b>
PŘIBÍKOVÁ, M. NĚMCOVÁ, J.	
<b>GAMIFIKACE JAKO VÝUKOVÝ NÁSTROJ.....</b>	<b>34</b>
PEKARA, J., KOČOVSKÁ, E., VLK, R.	
<b>ETICKÉ ASPEKTY V INDIKACI CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ TĚHOTNÉ ŽENY .....</b>	<b>42</b>
ŠKOLOUDOVÁ, M.	
<b>KOMUNIKAČNÉ BARIÉRY PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI PACIENTOM INÝCH KULTÚR .....</b>	<b>53</b>
KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.	
<b>PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY MULTIKULTURNÍ INTERAKCE.....</b>	<b>64</b>
JANSA, E.	

# VYBRANÉ PRVKY VÝUKY TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ S MOŽNOSTÍ IMPLEMENTACE DIGITÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

KRAUSE, M.

## **Abstrakt**

Vzdělávání studentů v nelékařských zdravotnických oborech se kontinuálně vyvíjí. Vzdelávání studentů ošetrovatelství ve 21. století by mělo reagovat na měnící se aspekty a také využívat nejrůznější moderní technologie, které představují efektivní metodu výuky pro změnu vzdělávacích konceptů v ošetrovatelství, včetně možnosti implementace do výuky předmětu se zaměřením na transkulturní ošetrovatelství. Jednou z možných inovací je tzv. digitální vzdělávání, které zahrnuje využití nejrůznějších technologií. Implementace prvků digitálního vzdělávání je v současné době velmi důležitá. Teoretický příspěvek si klade za cíl seznámit s některými možnostmi implementace digitálního vzdělávání v rámci vzdělávání studentů v kontextu s transkulturním ošetrovatelstvím.

## **Klíčová slova**

Ošetrovatelství, student, transkulturalismus a multikulturalismus, virtuální realita, vzdělávání.

## **ÚVOD**

Kvalitu vzdělávání studentů, nejen studijního programu Všeobecné ošetrovatelství, je důležité neustále kontinuálně zvyšovat i s aspektem nejrůznějších doporučení, včetně doporučení World Health Organization (2021). V současné době uskutečňování jednotlivých studijních programů by mělo naplňovat podmínky stanovené platnou legislativou České republiky. Zejména se jedná o zákon č. 96/2004 Sb. (Česko, 2004), vyhlášku č. 39/2005 Sb. (Česko, 2005), vyhlášku č. 55/2011 Sb. (Česko, 2011), nařízení vlády č. 274/2016 Sb. (Česko, 2016a), nařízení vlády č. 275/2016 Sb. (Česko, 2016b), ve znění pozdějších předpisů, a také věstník MZČR částka 9/2021 (MZČR, 2021).

Tento aspekt se také týká i předmětu Transkulturní ošetrovatelství, kdy podmínky a obsah předmětu jsou stanoveny především ve věstníku MZČR, konkrétně se jedná o Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání Všeobecná sestry. V rámci předmětu

Transkulturní ošetrovatelství by hodinová dotace měla být min. 20 hodin a obsah by se měl především zaměřovat na pojmovou terminologii, multikulturní diagnostiku s využitím ošetrovatelského procesu. Dále by obsahem mělo být vymezení kultury a zásady poskytování ošetrovatelské péče nejrozličnějším minoritním skupinám. Aplikace transkulturního přístupu by měla v rámci poskytování ošetrovatelské péče umožnit pochopení jednotlivých kultur s odlišnými hodnotami, jazykovými bariérami, včetně bariér sociokulturních. Důležitou součástí je i základní přesvědčení pacienta. V neposlední řadě, by výuka měla probíhat teoreticko-prakticky. Rovněž je nutné konstatovat, že problematika transkulturního ošetrovatelství by měla být součástí státních závěrečných zkoušek (MZČR, 2021a). V této souvislosti je důležité uvést, že jedním z hlavních principů ošetrovatelství je poskytování individualizované péče s ohledem na jednotlivý přístup, hodnoty, ale také přesvědčení, včetně kulturního zázemí pacienta, jak uvádí Koncepce ošetrovatelství. Ošetrovatelský tým by měl zároveň poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči pacientům i s ohledem na kulturní a etnický původ pacientů (MZČR, 2021b).

Jak uvádí odborné zdroje i na základě realizovaných výzkumů je důležité využít i nejrozličnější metody výuky, kdy současné vzdělávání (nejen v nelékařských zdravotnických oborech) by se mělo přizpůsobit jednotlivým celosvětovým trendům (Pottle, 2019). Tento aspekt úzce souvisí s transformací vzdělávání, nejen v ošetrovatelství, ale i v souvislosti s důležitým rozvojem jednotlivých informačních technologií, které jsou v současné době stále více dostupnější (Chen et al., 2020). Ve vzdělávání je důležité využít i nejrozličnější prvky tzv. digitálního vzdělávání, jak uvádí World Health Organization (2020).

## **1 METODIKA**

Hlavním cílem příspěvku je seznámit s některými vybranými prvky digitálního vzdělávání s možnou aplikací a implementací na realizaci předmětu Transkulturní ošetrovatelství. Zpracování příspěvku bylo realizováno s využitím techniky review a syntéza. V rámci vyhledání zdrojů byly využity zejména databáze Scopus, PubMed a ScienceDirect. Informace dále vychází i z dalších relevantních mezinárodních zdrojů, včetně World Health Organization apod. Hlavními klíčovými slovy bylo stanoveno vzdělávání, transkulturní ošetrovatelství, digitální vzdělávání, virtuální realita a student. Níže jsou prezentovány pouze některé realizované skutečnosti.

## 2 VÝSLEDKY/VLASTNÍ TEXT

Ve vzdělávání studentů v nelékařských zdravotnických oborech se v současné době uplatňují nejrůznější moderní metody výuky, včetně simulací, které jsou zaměřeny na různé klinické stavy. V současné době nastává postupná změna v rámci vlastního výukového procesu a stále častěji se aplikují simulační metody výuky do procesu vzdělávání i v nelékařských zdravotnických oborech. V rámci implementace simulačních metod výuky se oproti jiným metodám výuky uplatňuje více technologických zdrojů (Pottle, 2019). Jednou z hlavních výhod simulace je zefektivnění vzdělávání studentů v nejrůznějším imerzním (volně přeloženo v pohlcujícím či vtahujícím) a zážitkovém prostředí. Několika výzkumy bylo taktéž prokázáno, že simulace je vhodným nástrojem k dosažení vyšších kompetencí a zároveň napomáhá i ke kvalitní a bezpečné péči o pacienta, než tradiční metody vzdělávání (Almoussa et al., 2021). V rámci vzdělávání se simulace stává efektivní vzdělávací metodou, především z důvodu poskytování učení založeného na zážitcích. Tímto se stává nezbytnou součástí klinického vzdělávání studentů, včetně studentů studijního programu Všeobecné ošetřovatelství. V současné době se také stále častěji implementuje tzv. učení založené na problémech, včetně vzdělávání zaměřené na komunikaci a simulaci jednotlivých situací (Pottle, 2019). World Health Organization uvádí důležitou součást vzdělávání, a to tzv. digitální vzdělávání, které především zefektivňuje kompetence a spokojenost nejen studentů, ale také zdravotnických pracovníků (WHO, 2020). Podstatou digitálního vzdělávání, jako aktu výuky, je využití nejrůznějších forem digitálních technologií, kdy v tomto kontextu lze zmínit také E-learning (Haowen et al., 2021). World Health Organization digitální vzdělávání rozděluje do několika oblastí. Digitální vzdělávání lze rozdělit dle vzdělávacích cílů a modality (využití mobilních telefonů, on-line digitální vzdělávání, virtuální realita apod.), dle způsobu realizace (zahrnutí vzdělávání digitálního či smíšeného), dle metod výuky (rozlišení na simulaci a přímou výuku) a dle pedagogiky vyučování (digitální učení založené na problémech či digitální týmové učení), jak uvádí WHO (2020).

V současné době existují nejrůznější studie, které se zabývaly implementací prvků digitálního vzdělávání do vlastního výukového procesu. Níže jsou uvedeny pouze některé studie. Příkladem může být studie, v rámci které bylo posuzováno využití tzv. virtuální komunity, jako aplikace pro podporu kulturního povědomí mezi studenty ošetřovatelství. Jednalo se o využití virtuální komunity během jednoho semestru. Na základě výsledků bylo zjištěno, že virtuální

komunity představují užitečnou výukovou aplikaci, a přispívají tak k rozvoji kulturních kompetencí ve vzdělávání studentů ošetrovatelství (Giddens et al., 2012).

Další studie se například zabývala využitím tzv. standardizovaných pacientů, které byly navrženy pro rozvoj kulturních kompetencí studentů ošetrovatelství. Standardizovaní pacienti se využívají již několik let k vytváření jednotlivých simulačních případů a obvykle jsou navrženy tak, aby vytvářely vysokou úroveň realismu i ve studijních programech ošetrovatelství. Jedná se především o osoby, které jsou proškoleny a reprezentují jednotlivé reakce pacienta, kdy také mohou poskytovat zpětnou vazbu. Na základě výsledků systematického přezkumu studií o simulaci s využitím tzv. standardizovaných pacientů bylo zjištěno, že simulace s využitím standardizovaných pacientů zvýšily úroveň kulturních kompetencí u studentů ošetrovatelství. Využití standardizovaných pacientů bylo velmi často využito v kombinaci s případovou studií a také videoprezentacemi (Qin, Chaimongkol, 2021).

Naopak další studie se například zabývala využitím tzv. virtuálních pacientů s různým etnickým původem. Cílem bylo vyhodnotit dopad vzdělávání s využitím virtuálního pacienta na znalosti studentů v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Jednalo se o sestavení interaktivního vzdělávacího nástroje v kontextu s virtuálním pacientem, který představoval uprchlíka se závažnými symptomy posttraumatické stresové poruchy a deprese. Bylo zjištěno, že virtuální pacienti rozvíjí nejen dovednosti, ale také klinické uvažování, rozhodování a úspěšně lze tyto aspekty aplikovat na vzdělávání v oblasti transkulturní psychiatrie (Pantziaras et al., 2015).

Jedním z dalších zajímavých aspektů je také využití tzv. kolaborativního online mezinárodního učení (COIL, tedy Collaborative Online International Learning), kdy se jedná o pedagogický přístup, v rámci kterého jsou využívány digitální technologie. Tímto umožňují poskytovat tzv. zážitkové učení bez cestování do zahraničí, resp. se jedná o propojení jednotlivých učeben a výuka probíhá v on-line prostředí. Vzdělávání se uskutečňuje prostřednictvím webových systémů a pomáhá studentům ošetrovatelství připravovat se na transkulturní prostředí při poskytování zdravotních služeb. Její využití je především v oblasti zapojení se do multikulturního učení, kdy někteří studenti mohou mít problém realizovat intenzivní studijní pobyty v zahraničí. Jedním z výsledků je skutečnost, že studenti v rámci jiných zemí získali prostřednictvím absolvování COIL lepší výsledky v multikulturních kompetencích (Castro et al., 2019).

## ZÁVĚR

Vzdělávání studentů v problematice transkulturního ošetrovatelství s sebou přináší nejrůznější výzvy, mezi které patří i tzv. digitální vzdělávání. V současné době se vzdělávání postupně transformuje a k tradičním metodám výuky jsou implementovány další moderní prvky a technologie. Příkladem může být e-learning, virtuální pacient, mobilní telefony, nejrůznější aplikace apod. Nicméně je nutné konstatovat, že je důležité i nadále vyhledávat a ověřovat účinnost nových vzdělávacích metod a na základě realizovaných výzkumů je postupně implementovat do vzdělávání studentů.

## ZDROJE

ALMOUSA, O. et al., 2021. Virtual Reality Technology and Remote Digital Application for Tele-Simulation and Global Medical Education: An Innovative Hybrid System for Clinical Training. *Simulation & Gaming*. **52**(5), 614–634. DOI 10.1177/10468781211008258.

CASTRO, AB et al., 2019. Collaborative Online International Learning to Prepare Students for Multicultural Work Environments. *Nurse Educ.* **44**(4), 1–5. DOI 10.1097/NNE.0000000000000609.

ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1244.

ČESKO, 2005. Vyhláška č. 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 8, 189–211. ISSN 1211-1244.

- ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, 482–544. ISSN 1211-1244.
- ČESKO, 2016a. Nařízení vlády č. 274 ze dne 24. srpna 2016 o standardech pro akreditace ve vysokém školství. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 107, 4252–4272. ISSN 1211-1244.
- ČESKO, 2016b. Nařízení vlády č. 275 ze dne 24. srpna 2016 o oblastech vzdělávání ve vysokém školství. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 107, 4273–4332. ISSN 1211-1244.
- GIDDENS, J.F. et al., 2012. Using a Virtual Community to Enhance Cultural Awareness. *Journal of Transcultural Nursing*. **23**(2), 198–204. DOI 10.1177/1043659611434061.
- HAOWEN, J. et al., 2021. Virtual reality in medical students' education: a scoping review protocol. *BMJ Open*. **2021**(11), 1–5. DOI 10.1136/bmjopen-2020-046986.
- CHEN, F. et al., 2020. Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. **22**(9), e18290. DOI 10.2196/18290.
- MZČR. 2021a. Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. In: *Věstník MZČR*. Částka 9, s. 29–57. ISSN 1211-0868.
- MZČR. 2021b. Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník MZČR*. Částka 6, s. 2–87. ISSN 1211-0868.
- PANTZIARAS, I., FORS, U., EKBLAD, S., 2015. Training with virtual patients in transcultural psychiatry: do the learners actually learn? *J Med Internet Res*. **17**(2), 46. DOI 10.2196/jmir.3497.
- POTTLE, J., 2019. Virtual reality and the transformation of medical education. *Future Healthcare Journal*. **6**(3), 181–185. DOI 10.7861/fhj.2019-0036.
- QIN, Y., CHAIMONGKOL, N., 2021. Simulation With Standardized Patients Designed as Interventions to Develop Nursing Students' Cultural Competence: A Systematic Review. *Journal of Transcultural Nursing*. **32**(6), 778–789. DOI 10.1177/10436596211023968.



RADA EVROPSKÉ UNIE, 2014. Úřední věstník C 438 Rady Evropské unie ze dne 6. prosince 2014, o bezpečnosti pacientů a kvalitě péče, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí a antimikrobiální rezistencí. In *Úřední věstník Evropské unie*. Svazek 57, s. C 438/7-C 438/11.

WHO, 2020. *Digital education for building health workforce capacity*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-000047-6.

## **KONTAKT**

**Mgr. Martin Krause, Ph.D.**

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

e-mail: [krause@vszdrav.cz](mailto:krause@vszdrav.cz)

# MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ V KLINICKÉ PRAXI

HLINOVSKÁ, J., MORAVCOVÁ, K.

## Abstrakt

Multikultura v ošetrovatelství je koncepce péče založena na morálním ideálu lidské důstojnosti, zakořeněném v našich představách, proto by sestra měla vykonávat péči o obnovu zdraví v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. Péče o člověka ve zdraví a nemoci patří k zásadním kulturním projevům dané společnosti. Sestra má disponovat hlubokou znalostí problematiky a ochotou dále se učit a sledovat prospěch pacienta. K hluboké znalosti problematiky patří schopnost provádět kulturní diagnostiku pacientů. Vytváří se tím spolupráce založená na vzájemné důvěře, úctě obou stran.

## Klíčová slova

Multikulturní etika, ošetrovatelství, sestra.

## ÚVOD

Péče o člověka ve zdraví a nemoci patří k zásadním kulturním projevům dané společnosti. Do České republiky přicházejí lidé z různých důvodů. Nejčastějším z nich bývá putování za kulturními památkami, turistika, cesty za prací nebo studiem. Někteří z nich přijíždějí za svými rodinnými příslušníky. Mnoho cizinců u nás teď žije v pozici válečných uprchlíků. **Uprchlíci** jsou zjednodušeně řečeno všichni ti, kteří jsou nuceni uprchnout ze své země, ve které již nejsou v bezpečí a hledají ochranu v jiném státě. U cizinců samozřejmě mohou vyvstat problémy se zdravotní péčí a s jejím hrazením. Proto často nechtějí být ošetřeni a snaží se z nemocnice odejít co nejdříve. Nejčastější příčinou hospitalizace jsou pracovní úrazy a různá akutní onemocnění. Setkáme se s nimi v jakékoliv ambulanci či oddělení. Sestra má vytvářet atmosféru spolupráce založená na vzájemné důvěře a úctě obou stran.

# 1 KONCEPT MULTIKULTURALISMU

Koncept *multikulturalismu* vznikl ve světě v 60. a 70. letech 20. století. Předpokládá uchování identity migrantů. V jednom státě (nebo na určitém území) žije vedle sebe několik představitelů (skupin) různých kultur, která je plně zachována, jinými občany respektována a tolerována. Takže určité etnické, kulturní skupiny jsou homogenní, nepřebírají prvky jiných kultur, zároveň jim není odjímana jejich kultura. V podmínkách globalizace a vysoké mobility je těžké zachovat tyto homogenní skupiny, aniž by byly ovlivněny děním v zemi, názory, postoji, sociokulturním prostředím.

Koncept *transkulturalismu* navazuje na fázi multikulturalismu, avšak nyní dochází k tomu, že se jednotlivé kultury mísí, vzájemně ovlivňují, přebírají do své kultury prvky kultur jiných. Jde o interakci mezi příslušníky majoritních a minoritních společností a skupin.

## **Struktura kulturních hodnot**

Když se člověk dostane do jiného kulturního prostředí, hned si všimne základních rozdílů. Na první pohled je zřejmé, že je v jiné zemi. Lidé nosí jiné oblečení, mají odlišné stravovací návyky, je zde jiné prostředí, architektura a většinou i rozdílná řeč. Kultura se dá přirovnat k tzv. kulturní cibuli, která se dělí se na 3 vrstvy: *zevní, střední a vnitřní*.

- Zevní vrstvu tvoří jazyk, celková úprava, vzhled a také strava. Vše, co je součástí zevní vrstvy, je na první pohled zřetelné a snadno rozpoznatelné.
- Střední vrstvu tvoří dojmy, které se odhalují pomaleji a prohlubují se s délkou pobytu v jiné kultuře. Jedná se zejména o hodnoty a normy, rozpoznání, co je špatné a co dobré, gesta, pozdrav i témata k rozhovoru.
- Vnitřní vrstva neboli jádro kulturní cibule obsahuje základní hodnoty a otázky existence. Jádro kultury je pro cizince všechno poznatelné a k proniknutí do něj je potřeba dlouhého a úzkého styku se zkoumanou kulturou.

Samozřejmě je třeba si uvědomit, že ve všech kulturních vrstvách jsou individuální rozdíly. Na každého jedince působí mnoho faktorů, jako jsou osobnost, výchova, politické a sociální vlivy, proto nelze všechny jedince z dané kultury chápat stejně.

## **Principy práv pacientů v Evropě**

Evropská Porada *WHO* o právech pacientů schválila v Amsterdamu 28.-30. března 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Je to soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů členských zemí EU. Dokument se zmiňuje o nutnosti respektovat kulturu pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že byla naše země přijata do EU, předpokládá se, že se bude měnit národnostní, kulturní a etnická struktura populace. V současné době se mění struktura i počet imigrantů, nejsme již země prvního kontaktu (s výjimkou letecké dopravy). Předpokládá se ale postupný nárůst cizinců legálně pobývajících na našem území - práce, studium, turistika. Lze též předpokládat podíl našich zdravotníků v různých mezinárodních pracovních skupinách, např. vojenských či humanitárních. Tedy je důležité, aby se český zdravotnický systém připravil na větší diverzifikaci pacientů (různorodost kulturní, národnostní, etnickou apod.). Tato připravenost se týká oblasti legislativní, politické, vzdělávací, ale i oblastí přímé péče o klienty různých etnik a kultur.

V ČR se problematika transkulturního ošetřovatelství poprvé veřejně prezentovala v roce 2000 na druhé konferenci ošetřovatelství s mezinárodní účastí v Olomouci, kterou pořádal Ústav teorie a praxe ošetřovatelství LF UJEP. Konference nesla název „Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí“ a účastnili se jí profesionálové oboru ze šesti evropských zemí.

## **Hlavní jednotky transkulturního ošetřovatelství**

*Cíl ošetřovatelství:* poskytnout osobám rozdílných kultur všestrannou a kulturně specifickou péči při podpoře zdraví, léčbě onemocnění a zvládnutí nepříznivých situací, stejně jako při doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů.

*Pacient neboli klient:* je holistická bytost ovlivněná sociálním prostředím. Osoby z různých kultur vnímají zdraví, nemoc, léčbu, závislost a nezávislost různě.

*Role sestry:* poznat tradiční způsob péče o příslušné kultury či subkultury a jeho kladné stránky využívat v profesionální péči.

*Zdroj potíží:* rozdílnost kultur.

*Ohnisko zásahu:* problém související s rozdílností kultur.

*Způsob zásahu:* podpora udržení zdraví, pomoc při adaptaci, vedení ke změně, nebo pomoc při umírání, přičemž sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem ošetřovatelské péče.

*Důsledky:* zdraví a blaho nebo klidná smrt dosažená kulturně vhodnými prostředky a způsobem péče.

## 2 KULTURNÍ ŠOK

Jde o stav, který vzniká jako reakce na přechod do jiného kulturního prostředí, než na které jsme zvyklí. Je způsoben zejména nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána právě kontaktem s neznámou kulturou. Na člověka působí prostředí, jazyk, chování, různá pravidla a omezení. Jedinec prožívá silný pocit, že je cizí a ten se může projevat různými způsoby. Nejčastěji jde o pocity nejistoty a úzkosti, obavy, strach, apatii a agresi. To se vše může vycítit až v nemoci. Nejde o jednorázovou záležitost, ale o proces trvající týdny až měsíce, podle toho, jak jsme nebo nejsme schopni strávit změny, které nás v cizím prostředí obklopují.

Každý člověk je odlišný, jinak vypadá, má jiné zvyky, odlišně každý řešíme stejné problémy. Všichni jsme se s kulturním šokem jistě setkali, aniž bychom to vnímali jako jistou problematiku. Termín kulturní šok užívají antropologové k popsání pocitů dezorientace a stresu, jež zakoušejí lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Je zejména způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která jsou vyvolána kontaktem s cizí, neznámou kulturou. Častými podněty, které přispívají ke vzniku kulturního šoku, jsou: odlišná strava, jiné podnebí, rozdílný jazyk, nové zvyky, ale i obtížnost využití schopnosti sociální interakce.

### **Fáze kulturního šoku**

Kulturní šoku zahrnuje čtyři odlišné fáze emocionálních reakcí spojených s pobytem v jiné kulturní společnosti:

#### **1) Fáze medových týdnů (honeymoon phase)**

Člověk prožívá nadšení z cestovních příprav, těšení se z nové, exotické kultury. Po prvním kontaktu s novou kulturou, je fascinován místními zvyky, stylem života, novým jídlem. Idealizuje si nové prostředí.

#### **2) Fáze frustrace (frustration phase)**

Počáteční nadšení střídá frustrace. Člověku se zdá, že nové kultuře nerozumí, protože si začíná uvědomovat skutečnou podobu věcí (jídlo je moc pálivé, autobusy přeplněné). Tato fáze je

charakterizována nepřátelským postojem k novému kulturnímu prostředí. Nejdůležitější změna nastává v komunikaci, jazyk se stává hlavní bariérou ve vytváření nových vztahů. Nejedná se pouze o jazyk samotný, ale i o odlišnou řeč těla, gesta a tón konverzace.

### **3) Fáze zotavení (recovery phase)**

Člověk si zvyká na novou kulturu, vytváří si nové stereotypy. K místní kultuře zaujímá pozitivní přístup.

### **4) Fáze přizpůsobení (adjustment phase)**

Ve fázi přizpůsobení se člověk plně adaptoval na místní tradice, zvyky a kulturu. Je schopen plně fungovat v této společnosti bez jakýchkoliv problémů.

### **5) Návrat domů**

Po návratu do původní kultury může dojít k obrácenému kulturnímu šoku. Člověk není schopen fungovat v dříve známém prostředí. Intenzita obráceného kulturního šoku závisí na síle a době prožitku v cizí kultuře.

## **Psychosomatické dopady kulturního šoku**

Kulturní šok je nemocí a podobně jako většina onemocnění má vlastní příčiny, symptomy a léčbu:

- napětí a stres v důsledku nezbytné psychické adaptace,
- obavy z odmítnutí,
- úzkost, zklamání,
- pocity ztráty vyplývající z odloučení od přátel.

## **3 KULTURNÍ ŠOK A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

S kulturním šokem se můžeme setkat i v souvislosti s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Pacient se ocitá ve zcela neznámém prostředí, je ohrožen kulturním šokem. Zdravotnický personál seznámen s touto problematikou může být pacientům nápomocen v jejich adaptaci. Kulturní znalost, zejména sestrám, pomůže při tvorbě ošetrovatelských cílů, které budou vyplývat z potřeb pacienta a jeho rodiny. Sestra by měla znát životní styl jedince a jeho rodiny, jeho hodnoty, přesvědčení a postoje ke zdraví a nemoci.

## **Kulturní způsobilost**

Dovednost sestry poskytnout péči, vnímat odlišnosti vyplývající z kultury, rasy, genderu a sexuální orientace, je nazýváno ošetrovatelstvím jako kulturní způsobilost. Kulturní způsobilost je dynamická a pružná, umožňuje jednotlivcům a institucím poskytovat kulturně uzpůsobenou péči.

## **ZÁVĚR**

Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti. Sestry se musí také naučit kvalitně ošetřovat nemocné jiných kultur, jiných etnik, s odlišnými potřebami a prioritami.

## **ZDROJE**

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.

NOVÁKOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-404-7.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha. ISBN 80-247-1213-X.

## **KONTAKT**

**PhDr. Jana Hlinovská, PhD.**

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

e-mail: [hlinovska@vszdrav.cz](mailto:hlinovska@vszdrav.cz)

**PhDr. Karolína Moravcová, PhD**

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

e-mail: [moravcova@vszdrav.cz](mailto:moravcova@vszdrav.cz)



# ZDRAVOTNÍ ASPEKTY MIGRACE

MARKOVÁ, E.

## **Abstrakt**

Multikulturní péče je součástí vzdělávacího programu Všeobecného ošetrovatelství a dnes získává na aktuálnosti zejména v souvislosti s ukrajinskými uprchlíky, zachraňujícími se před válečným konfliktem na Ukrajině. Ve zdravotnických zařízeních jsem povinni pečovat i o cizince z různých kulturních prostředí. Všeobecná sestra by tedy měla poskytovat kulturně kompetentní ošetrovatelskou péči, znát specifika kultury, ze které pacient pochází, provádět kompletní posouzení zdravotního stavu pacienta včetně kulturních specifik, ovládat cizí jazyk, neverbální komunikační techniky a též si uvědomovat své osobní preference ve světle této problematiky. Pochopení rozdílů a podobností mezi kulturami spolu s teorií, která zahrnuje podstatu, význam i formy lidské péče a pečovatelství, nabízí soubor znalostí a podporu ošetrovatelství jako akademické disciplíny stejně jako praktické profesi (McFarland, Wehbe-Alamah, 2015, s. 1).

## **Klíčová slova**

Multikulturní péče, migrace, všeobecná sestra.

## **ÚVOD**

Počty cizinců s trvalým a dlouhodobým pobytem v České republice nad 90 dnů od roku 2010 (424 000) narůstají. Tento trend však pravděpodobně zbrzdila pandemie COVID-19 v důsledku nouzových opatření nejen u nás, ale i v zahraničí. Poslední údaj Českého statistického úřadu z roku 2020 (ČSÚ, Statistika cizinci, 2020) uvádí počet 633 000 cizinců (převládají muži 57 %). V budoucnu, jak nyní naznačují počty ukrajinských uprchlíků a jejich projevená vůle, lze očekávat, že se počet usazených cizinců u nás bude zvyšovat, což s sebou přinese nutnost, že se stát bude muset připravit na tuto situaci nejen politicky, legislativně či ekonomicky, ale též v oblastech vzdělávání, výchovy a zdravotní péče.

Migrace je závažný celosvětový problém, který nelze přehlížet. Globální organizace UN Refugee Agency (UNHCR), která se věnuje záchraně životů, ochraně práv a vytváření lepší budoucnosti pro uprchlíky, násilně vysídlené komunity a lidi bez státní příslušnosti, uvádí ve svých statistikách 1 miliardu migrantů, což představuje asi 1/7 světové populace (Refugee Data Finger, 2021). Patří mezi ně 281 milionů mezinárodních migrantů a 82,4 milionů násilně vysídlených (48 milionů vnitřně vysídlených osob, 26,4 milionů uprchlíků, 4,1 milionů žadatelů o azyl). UNHCR navíc odhaduje, že je mnoho milionů lidí bez státní příslušnosti. Naprostá většina lidí, jak vyplývá z dokumentu World Migration Report 2020 (2019, s. 23), žije v zemi, kde se narodila, pouze 1 ze 30 je migrant. Avšak celkově se odhadovaný počet migrantů za posledních 50 let zvýšil. V jiné zemi žilo přibližně 281 milion osob v roce 2020, jak uvádějí statistiky UNHCR (Refugee data Finger, 2021), což je o 128 milionů víc než v roce 1990 a víc než trojnásobek oproti roku 1970 (World Migration Report 2022, 2021). Evropa hostila 86–87 milionů migrantů, což je přibližně 61 % celosvětového počtu mezinárodních migrantů. Během posledních 20 let je to nárůst o 30 milionů migrantů (World Migration Report 2020, 2019). O tom, že je migrace celosvětový problém svědčí i to, že Světová zdravotnická organizace v roce 2020 založila Program pro zdraví a migraci (Health and Migration Programme, PHM), který má zajistit právo na zdraví a pokrytí zdravotní péče uprchlíků a migrantů. Tento záměr vtělila do pěti hlavních oblastí činnosti:

- poskytovat globální vedení, obhajobu na vysoké úrovni, koordinaci a politiku v oblasti zdraví a migrace;
- stanovit normy a standardy na podporu rozhodování;
- sledovat trendy, posilovat zdravotnické informační systémy a podporovat nástroje a strategie;
- poskytovat specializovanou technickou pomoc, reakci a podporu při budování kapacit pro řešení problémů veřejného zdraví spojených s mobilitou lidí;
- podporovat globální multilaterální činnost a spolupráci (Health and Migration Programme, 2020).

Migrace přináší řadu nových problémů a ty stávající může komplikovat. World Migration Report 2020 (2019) zmiňuje např. přínos migrantů pro společnost, jejich začlenění a sociální soudržnost, přizpůsobení se změnám životního prostředí, vliv na zdraví, problematiku dětí-migrantů, krizové situace, kterým jsou migranti vystaveni a globální řízení migrace.

Nyní se zaměříme především na fenomén migrace a zdraví. Zkušenosti naznačují, jak závažný problém to je. Na první pohled se zdá být jasné, a nasvědčují tomu někdy i oprávněné obavy domácích obyvatel, že migranti mohou přenést do oblasti, kam přicházejí, infekce či nemoci. Migranti i uprchlíci by tedy měli být v dobrém zdravotním stavu, aby chránili sebe i hostující společnost. Vztah migrace a zdraví není statický, nýbrž dynamický (World Migration Report 2020, 2019). Uprchlíci a migranti totiž patří mezi nejzranitelnější členy společnosti, neboť se potýkají s xenofobií, diskriminací, bydlí a pracují v nevyhovujících podmínkách, nemají stejný přístup ke zdravotním službám jako hostující společnost, přestože právě oni je potřebují, neboť se u nich mohou vyskytnout somatické i duševní problémy. Na druhé straně může mít migrace určitý přínos pro zdraví migranta či uprchlíka, když se např. ocitne v prostředí, které je pro něho bezpečné a opadne stres z předchozího strádání. World Migration Report 2020 (2019) uvádí přímo povinnost hostující země citlivě poskytnout zdravotní služby.

World Migration Report 2020 (2019, s. 209) zmiňuje čtyři klíčové aspekty migrace a zdraví: (a) zdraví migrantů (migrant health), (b) způsoby, jak migrace může ovlivnit veřejné zdraví (public health), (c) reakce systémů zdravotní péče a (d) globální řízení migrace a zdraví.

První aspekt, zdraví migrantů, lze definovat jako rozdíly ve zdraví zjištěné mezi migranty a populací v místě původu a v místě určení, rovněž tak v různých prostředích migrace, např. za prací, mezinárodní a vnitřní vysídlení či nelegální migrace. Zda u jednotlivých migrantů a uprchlíků dojde ke zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu bude záviset na vzájemných interakcích s dalšími lidmi i faktorech, které ovlivní jejich zdraví před, během a po migrační cestě. Obecně se jedná o sociální determinanty zdraví (Social Determinants of Health, SDH), které zahrnují přístup k bezpečnému tranzitu, sociálně-ekonomické faktory jako charakteristika místa, kde žijí a komunita, do které patří, včetně kvality bydlení, pracovního zařazení, chudoby, nezaměstnanosti, sociálního zabezpečení, vzdělání, sociálního vyloučení, životního stylu i zdravotní péče (Gómez et al., 2021). Další faktory patří do oblasti psychosociální – typ osobnosti, zvládání stresu, odolnost a schopnost zvládat nepříznivé situace (resilience), sociální opora aj., i když některé z uvedených faktorů mohou být zařazeny do obou kategorií, tedy sociálních i psychosociálních determinant, jak uvádí Kebza (2005). Je třeba zmínit též genetickou výbavu jednotlivců, nepříznivé klimatické podmínky, alergeny v prostředí i potravinách apod. Změny prostředí a zmiňované determinanty zdraví zvyšují nároky na adaptabilitu člověka-migranta/uprchlíka.

Dalším problémem je míra ovlivnění veřejného zdraví populace migrací, kam patří i zajištění přístupu ke kvalitní zdravotní péči, což koresponduje s globálním cílem WHO univerzálního zdravotního po/krytí (Universal Health Coverage, UHC). Tato globální platforma usiluje o zpřístupnění zdravotních služeb všem, aby jednotlivci a komunity nebyli tlačeni do chudoby náklady na zdravotní péči (Universal Health Coverage, 2022). Projekt je začleněn do cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDGs) do roku 2030, na kterých se dohodlo 193 členských států světa OSN v roce 2015 na setkání v New Yorku (Sustainable Development Goals, 2015). Plán je ambiciózní, což uznaly i členské státy, a vyžaduje koordinované úsilí na mnoha úrovních mezinárodních, vládních, akademických obcí, soukromých sektorů atd. Do široké oblasti veřejného zdraví patří celá řada problémů, na které upozorňuje evropská centrála WHO (Migration and health: key issues. 2022). Evropské země by měly zajistit univerzální zdravotní péči pro uprchlíky a migranty. Jednou z klíčových otázek je šíření přenosných nemocí (např. tuberkulóza, HIV Infekce, virová hepatitida, chřipka a běžné respirační infekce, respirační syndrom na Středním východě způsobený koronavirem (Middle East respiratory syndrome MERS-CoV), nemoci přenášené vektory (Vector-borne diseases) a dále antimikrobiální rezistence. V souvislosti s přenosnými nemocemi je nutné nastavit obecná opatření pro prevenci a kontrolu jejich šíření, zaměřit se na respirační hygienu a etiketu kašle, větrání prostor, včasnou diagnostiku tuberkulózy, případně léčbu, což zahrnuje zajištění přístupu ke zdravotním službám bez ohledu na registrační status migranta a politiku nedeportace. Obdobná situace je u osob HIV pozitivních, kdy se lze k tomuto problému postavit několika způsoby, neposkytovat služby HIV pozitivním osobám s nejistým právním postavením, aplikovat povinné testování na HIV či nabídnout rychlé testování propojené s léčbou a další péčí o HIV pozitivní osoby. WHO podporuje právě tuto variantu, tedy politiku poskytování HIV testování, prevence a zdravotních služeb bez ohledu na právní status uprchlíka či migranta. Na obavy některých států, že tato praxe může vést ke zvýšenému počtu žádostí o léčbu nebo, že příliv HIV pozitivních migrantů či uprchlíků může představovat hrozbu pro veřejné zdraví populace hostitelské země, namítá, že nemají morální ani právní opodstatnění a nejsou pro to ani důkazy. Zdravotní systémy by měly zlepšit program prevence a péče u virové hepatitidy. WHO doporučuje v případě hepatitidy B zavést univerzální očkování novorozenců, které je nejúčinnějším způsobem prevence přenosu z matky na dítě. Dobrovolný screening migrantů na virovou hepatitidu se ukázal jako nákladově efektivní. Země by měly zvážit nabídku vakcín proti chřipce ohroženým uprchlíkům. Pro zamezení či zmírnění přenosu infekce MERS-CoV je klíčové důsledně uplatňovat preventivní opatření, poskytovat poradenství, mít laboratorní kapacitu pro detekci, nastavená opatření pro sledování kontaktů a připravená

zdravotnická zařízení vybavená izolačními pokoji. Dále mít dobře připravený zdravotnický systém, který je schopen zabránit šíření nemocí přenášených vektory (např. malárie). V případě antimikrobiální rezistence, by měli být migranti testováni, aby mohla být nastavena adekvátní individuální léčba. Je potřeba zajistit prevenci nemocí přenášených potravinami a vodou. WHO doporučuje pět základních úkonů při kontaktu s potravinami: mytí rukou, oddělení syrových potravin od již uvařených, dostatečný var (min 70 °C), skladování potravin při správné teplotě, omývat syrové potraviny (zelenina, ovoce). WHO doporučuje vakcinaci pro nově příchozí uprchlíky a migranty. Neinfekční nemoci, které je nutné mít na zřeteli ve vztahu s migrací osob, jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, zhoubná onkologická onemocnění, chronická plicní onemocnění a prevalence diabetu a hypertenze. Uvedené nemoci činí migranty, zejména seniory a děti zranitelnějšími, neboť jde o choroby např. vyžadující pravidelnou medikaci, mohou vzniknout akutní komplikace, ovlivňují každodenní činnosti a zkracují očekávanou délku života. Kladou tedy nároky i na zdravotnické systémy hostitelských zemí, zvyšují náklady na zdravotní péči z důvodu akutních komplikací, které je potřeba okamžitě řešit, vyžadují nepřetržitou zdravotní péči, a to třeba i po celý život a kladou nároky i na lékařské technologie. S tím vším souvisí i dobrá koordinace poskytování zdravotních případně sociálních služeb a pravidelné sledování nemocných. Specifická řešení vyžadují také sexuální a reprodukční zdraví. V minulosti se totiž objevilo i v některých evropských zemích mrzačení ženských pohlavních orgánů či nediagnostikované nepřenositelné nemoci během těhotenství s poměrně závažnými zdravotními komplikacemi pro matku i dítě. WHO doporučuje nastavit minimální standardy péče na potřeby migrantů a uprchlíků v souvislosti s výskytem neinfekčních nemocí. Dále identifikovat jednotlivce s těmito onemocněními, zajistit léčbu v případě akutního a život ohrožujícího stavu. Systém primární zdravotní péče by měl disponovat základními laboratorními testy a léky pro rutinní léčbu a tato zařízení by měla mít nastaveny standardy k odesílání pacientů do sekundární a terciární péče. Mezi dalšími doporučeními WHO, která vydává pro případ migrační krize, je screening uprchlíků a migrantů. Nedoporučuje však povinný screening, který by mohl vyvolat v migračních úzkost a odradit je od vyhledání lékařské pomoci v případě, že se jedná o vysoce rizikovou osobu. K povinnému screeningu dle WHO neexistují důkazy o jeho přínosu. Naopak doporučuje nabídnout a poskytnout zdravotní prohlídky na vstupních místech při respektování lidských práv a důstojnosti s následným přístupem k prevenci a zdravotní péči pro ty migranty a uprchlíky, kteří vyžadují ochranu zdraví. Zvláštní pozornost věnuje WHO kojení v kontextu migrace zejména u rozsáhlejší migrační vlny. Nejlepším způsobem, jak předcházet podvýživě či nemocem a úmrtnosti malých dětí je zajistit kojení do jedné hodiny po narození až do

6 měsíců věku a potom pokračovat v kojení v kombinaci s vhodnou doplňkovou stravou. V rámci zdravotní péče a pomoci by měly mít dle WHO zdravotnické organizace vyškolené zdravotnické pracovníky, které matkám pomohou s kojením a budou schopni řešit případně další související problémy. Na zdraví uprchlíků a migrantů mají vliv i povětrnostní podmínky. Velmi chladné počasí může být příčinou podchlazení, zvýšit riziko kardiovaskulárních a respiračních chorob, zhoršení psychického stavu, úrazů či dokonce omrzlin. Náchylní jsou zejména děti, lidé se zdravotními problémy, alkoholici a senioři. Zdravotní stav pak může zhoršit nedostatek vhodného jídla a oblečení. WHO doporučuje poskytnout přístřešky s přijatelnou teplotou prostředí, teplé jídlo, vhodné oblečení, zajistit očkování proti chřipce a léčbu onemocnění souvisejících s nachlazením. I vysoké teploty prostředí ovlivňují zdravotní stav ve smyslu např. úpalu. Může dojít ke vzniku infarktu a zhoršení kardiovaskulárních a respiračních nemocí. Nejdůležitějším preventivním opatřením je tedy snížit vliv tepla.

Země v evropském regionu mají dobře vybavená zdravotnická zařízení, laboratorní kapacity, izolační oddělení, vyškolený zdravotnický personál a zkušenosti v oblastech prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace běžných infekčních i nepřenositelných nemocí. Mají systémy sledování a hlášení nemocí a schopnost získat relevantní epidemiologická data. WHO předpokládá, že jsou tedy připraveni poskytnout zdravotní péči i migrantům a uprchlíkům. WHO podporuje politiku poskytování zdravotní péče migrantům a uprchlíkům bez ohledu na jejich právní status bez diskriminace pohlaví, věku, náboženství, národnosti, rasy jako součást všeobecného zdravotního pojištění. (Migration and health: key issues. 2022) Rychlý přístup migrantů a uprchlíků ke zdravotní péči může zabránit šíření nemocí v hostitelském prostředí a vést k vyléčení. Přístup ke zdravotní péči by měli mít zejména ti nejvíce zranitelní, děti a staří lidé. Nutná je i vzájemná spolupráce mezi jednotlivými zeměmi a vytvoření scénářů pro adekvátní řešení migrační krize. Na zdraví migrantů, jak bylo uvedeno výše, však mají vliv i další determinanty zdraví, např. sociální jako bydlení, vzdělání, zaměstnání či sociální zabezpečení.

Další okruh problémů, na které poukazuje World Migration Report 2020 (2019) se týká systémových řešení migrace a zdraví. Zde jsou možné dvě varianty řešení. Připravit a rozvíjet systém zdravotní péče vstřícný k migrantům a jejich potřebám v oblasti zdraví nebo nechat průchod diskriminačním reakcím na přistěhovalectví a nedostatečně spravovat zdravotní systém, což ovšem může znamenat řadu negativních důsledků pro zdraví migrantů i komunity, ve které se pohybují.

Neméně důležitým problémem souvisejícím s migrací a zdravím je jejich globální řízení, neboť je jasné, že jde o celosvětový problém. Téměř před šesti lety, v roce 2016 přijalo Valné shromáždění OSN Newyorskou deklaraci o migrantech a uprchlících (New York Declaration for Refugees and Migrants, 2016). Členské státy se v ní zavázaly chránit lidská práva migrantů a uprchlíků bez pohledu na jejich status. O dva roky později, v roce 2018 byly přijaty dokumenty „globální kompakt o uprchlících“ (The global compact on refugees, 2018) i když se v něm konstatuje, že situace se za dva roky zlepšila, a „globální kompakt o bezpečné, řízené a legální migraci (Global Compact for Safe, Orderly and Regular, 2018). Přesto jeden z hlavních důvodů, proč dokumenty vznikly je, že nese břímě migrace, tedy že se o migranty a uprchlíky postarají či je podpoří finančně, stále malý počet zemí. Nad globálními kompakty o uprchlících a řízené migraci visí otazníky, zda budou naplněny jejich cíle, neboť oba dokumenty sice byly po bouřlivé diskusi na půdě OSN přijaty, ale mají nezávazný charakter, tedy nenásledovala jejich ratifikace na národních úrovních (Jungwirth, 2022).

## ZÁVĚR

Počty cizinců i u nás stoupají, jak bylo uvedeno na začátku článku, což je výzvou i pro ošetřovatelství. Migrace je celosvětový závažný problém, který se dotýká i naší republiky, jak ukázaly události (válečný konflikt na Ukrajině) posledních měsíců. Někteří naši čelní politici sice tvrdili, že přesun uprchlíků na naše území nebude mít dopad na veřejné zdraví, ale výše uvedené problémy a opatření, které formulovala evropská centrála WHO, se týkají právě prevence a eliminace zdravotních problémů migrantů a obyvatel hostující země. Multikulturní ošetřovatelství tím nabývá na významu.

## ZDROJE

ČSÚ, 2020. *Statistika cizinci*. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/csu/cizinci/cizinci-pocet-cizincu>

JUNGWIRTH, T., 2022. *Trnitá cesta ke globálnímu řízení migrace*. Praha: Centrum pro lidská práva a demokracii. Dostupné z: <https://www.centrumlidskaprava.cz/blog/trnita-cesta-ke-globalnimu-rizeni-migrace>

KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

GÓMEZ, C.A.; KLEINMAN, DUSHANKA V.; PRONK, N.; WRENN G., GLENDA L.; OCHIAI, E.; BLAKEY, CARTER BS; JOHNSON, A.; BREWER, K. H., 2021. Addressing Health Equity and Social Determinants of Health Through Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management and Practice*. November/December 2021, Volume 27, Issue p S249-S257. doi: 10.1097/PHH.0000000000001297.

MCAULIFE, M. AND A. TRIANDAFYLLIDOU (ed.), 2021. *World Migration Report 2022*. Geneva: International Organization for Migration, 2021. ISBN 978-92-9268-076-3 (PDF). Dostupné z: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>

MCAULIFFE, M. and B. KHADRIA (ed.), 2019. *World Migration Report 2020*. Geneva: International Organization for Migration, 2020. e-ISBN 978-92-9068-789-4. Dostupné z: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf)

MCFARLAND, M. R. AND H. B. WEHBE-ALAMAH, 2015. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Burlington: Jones & Barrlett LLC, and Ascend learning Company. 3rd edition. ISBN 978-1-284-02662-7.

UHC2030, 2022. *Universal Health Coverage*. Dostupné z: <https://www.uhc2030.org/>.

UNITED NATIONS, 2018. *Global Compact for Safe, Orderly and Regular. Final Draft*. 2018. Dostupné z: <https://www.un.org/pga/72/wp-content/uploads/sites/51/2018/07/migration.pdf>

UNHCR, 2021. *Refugee Data Finger*. Dostupné z: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>.



WHO, [2022]. *Five keys to safer food*. Dostupné z:

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/273578/5keys\\_en.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/273578/5keys_en.pdf)

WHO, 2020. *Health and Migration Programme*. Dostupné z:

<https://www.who.int/teams/health-and-migration-programme/>.

WHO, 2022. *Migration and health: key issues*. 2022. Dostupné z:

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migration-and-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.

New York Declaration for Refugees and Migrants. 2016. Dostupné z: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/291/97/PDF/N1629197.pdf?OpenElement>.

Sustainable Development Goals. 2015. Dostupné z: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>.

The global compact on refugees. Final draft. 2018. Dostupné z:

<https://www.un.org/pga/72/wp-content/uploads/sites/51/2018/07/Global-Compact-on-Refugees.pdf>.

## KONTAKT

**Mgr. Eva Marková, PhD.**

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

e-mail: [markova@vszdrav.cz](mailto:markova@vszdrav.cz)

# POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE CIZINCŮM V KONTEXTU PRÁV PACIENTŮ

PŘIBÍKOVÁ, M., NĚMCOVÁ, J.

## Abstrakt

Při poskytování zdravotních služeb by měl každý zdravotnický pracovník dodržovat práva pacientů. Tento přístup není rozdílný ani v rámci multikulturního ošetrovatelství a poskytování péče cizincům. Každá lidská bytost je individuální a v tomto ohledu je poskytována i ošetrovatelská péče, která je tedy individualizovaná a v souladu s aktuálními potřebami pacienta. Základní lidská práva jsou pak uplatňována u všech osob bez rozdílu a jakékoliv diskriminace. Z hlediska práv pacientů jsou pro všechny pacienty bez ohledu na jejich národnost, kulturu, náboženské vyznání aj. společné základní právní předpisy, které tato práva upravují. Úlohou nelékařského zdravotnického pracovníka je tato práva respektovat, dodržovat a hájit, a to s cílem poskytnout kvalitní a bezpečnou zdravotní péči na nejvyšší možné úrovni bez případných předsudků a jiných bariér, které by mohly souviset s poskytováním zdravotních služeb cizincům.

## Klíčová slova

Kvalita a bezpečí zdravotních služeb, multikulturní ošetrovatelství, povinnosti zdravotnických pracovníků, práva pacientů.

## ÚVOD

Území České republiky je pro některé migrující osoby cílovou oblastí a každoročně počet cizinců na území České republiky stoupá. Všechny tyto osoby se stávají potencionálními příjemci zdravotní péče. Z tohoto důvodu bychom měli být připraveni na to, že zdravotní péči tak budeme poskytovat i osobám, které mají jiný původ, náboženské vyznání, morálku nebo v neposlední řadě i jiné názory. Každý nelékařský zdravotnický pracovník by tak měl být vzdělán a připraven k poskytování ošetrovatelské péče nejen občanům České republiky, ale i lidem přicházejícím k nám ze zahraničí, z různých kultur. Znalosti takzvaného

multikulturního ošetrovatelství jsou pro práci nelékařského zdravotnického pracovníka v dnešní době takřka neodmyslitelné. Zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta včetně jeho individuálních potřeb souvisejících s odlišnou kulturou je základem kvality ošetrovatelské péče. Od nelékařských zdravotnických pracovníků se tedy očekává, že poskytování ošetrovatelské péče pacientům bude přizpůsobeno jejich kultuře a individuálním potřebám a budou k tomu zavázáni jak morálně, tak profesně (Kutnohorská, 2013). Neodmyslitelnou součástí poskytování ošetrovatelské péče je zároveň dodržování lidských práv, do kterých lze konkrétně řadit právo na život a možnost volby, právo na důstojnost a úctu a v neposlední řadě i práva kulturní (ICN, 2012). Při poskytování ošetrovatelské péče zastává nelékařský zdravotnický pracovník řadu činností a v tomto kontextu je jedna z nich ochrana zájmů pacienta, které souvisí i s ochranou jeho práv (Česko 2021). S ohledem na právo na zdraví a rovný přístup ke zdravotním službám je třeba předcházet jakékoliv diskriminaci (CESCR, 2000). Ošetrovatelská péče pacienta respektuje a nediskriminuje na základě nejen kulturních zvyklostí, náboženského vyznání, barvy pleti, národnosti nebo rasy (ICN, 2012).

## **1 ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ PŘEDPISY**

Základním právním předpisem, který upravuje práva pacientů nejen v tomto směru, je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s.). Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně) již v obecném ustanovení zmiňuje nezbytnost ochrany důstojnosti a svébytnosti všech lidských bytostí. Zároveň by měla být každému bez diskriminace zaručena úcta k integritě jeho bytosti a jeho ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny. V neposlední řadě i ustanovení o rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality, která by měla být při poskytování zdravotních služeb zajištěna, taktéž nalézáme v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (ČESKO, 2001). Dalším zásadním předpisem v tomto směru je Listina základních práv a svobod (Usnesení č. 2/1993 Sb.). Listina základních práv a svobod taktéž v obecném ustanovení zaručuje základní práva a svobody všem bez rozdílu, a to nejen z hlediska pohlaví, majetku, politického smýšlení a postavení, ale především i z hlediska rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, národního nebo sociálního původu a příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině. Dle Listiny základních práv a svobod je každý způsobilý mít práva, a to nevyjímaje při poskytování zdravotních služeb. Každý má právo na život,

zachování lidské důstojnosti a ochranu zdraví, což jsou aspekty neodmyslitelně související s poskytováním zdravotních služeb. Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění je taktéž zajištěno Listinou základních práv a svobod a reálně uplatňováno (Česko, 1993).

## 2 PRÁVA PACIENTŮ CIZINCŮ

Je zřejmé, že osoba pobývající na území jiného státu se v případě potřeby rozhodne vyhledat zdravotní péči. V této souvislosti jsou stanovena pravidla pro usnadnění přístupu k bezpečné a kvalitní přeshraniční zdravotní péči, a tudíž je tedy uplatňováno právo občanů využívat zdravotní péči v jiných členských státech EU, které vychází ze směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Pro pacienty, kteří se rozhodnou vyhledat zdravotní péči v jiném členském státě, než v kterém jsou pojištěni, by tak měl být usnadněn přístup k bezpečné a vysoce kvalitní přeshraniční zdravotní péči (Evropský parlament a Rada Evropské unie, 2011).

Je-li cizinec účastníkem veřejného pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, má v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb svá práva a povinnosti. Cizinec jednak v tomto případě může uplatňovat práva účastníka veřejného zdravotního pojištění, kam lze mimo jiné zařadit právo na výběr zdravotní pojišťovny, poskytovatele zdravotních služeb, poskytnutí hrazených služeb nebo léčivé přípravky. Mimo to však může cizinec jako každý jiný pacient, který je občanem České republiky, uplatňovat práva dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (MZČR, 2012).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách) je právní předpis nižší právní síly, který je v souladu s ustanoveními nejvyšší právní síly jako je Úmluva o lidských právech a biomedicíně či Listina základních práv a svobod (Štrejtová, 2013). Zákon o zdravotních službách upravuje zdravotní služby, podmínky jejich poskytování a s tím i spojená práva a povinnosti pacientů, která jsou v tomto zákoně ustanovena v § 28. Mezi základní práva každého pacienta bezesporu například patří právo na poskytování zdravotních služeb

na náležitě odborné úrovni, na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a další a je tímto způsobem přístupováno ke každému jedinci bez ohledu na jeho národnost, rasu nebo kulturní zvyklosti (Česko, 2011).

Zdraví je základním lidským právem, které je nezbytné pro výkon ostatních lidských práv. Každá lidská bytost má právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví přispívající k důstojnému životu. Zdravotní péče by tedy měla být přístupná všem, zejména nejzranitelnějším či právě marginalizovaným skupinám obyvatelstva (CESCR, 2000).

### **3 PŘÍSTUP A POVINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V KONTEXTU POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB CIZINCŮM**

Stejně tak jako mají pacienti svá práva a povinnosti, má i poskytovatel zdravotních služeb, potažmo každý zdravotnický pracovník včetně těch nelékařských, práva a povinnosti, které jsou stanoveny v zákoně o zdravotních službách. Obecně vzato lze konstatovat, že práva pacientů jsou povinnostmi zdravotnického pracovníka, který poskytuje zdravotní služby. Zároveň je poskytovatel zdravotních služeb, a tedy konkrétně zdravotnický pracovník, povinen zajistit, aby byl pacient seznámen se svými právy a povinnostmi a vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů (Česko, 2011). V této souvislosti lze zmínit také to, že aby pacienti mohli uplatňovat svá práva v přeshraniční péči v praxi, je nezbytné, aby byly pacientovi sděleny náležitě informace o všech zásadních aspektech přeshraniční zdravotní péče. Jednou z možností, jak je možné poskytovat takovéto informace u přeshraniční zdravotní péče, je zřízení vnitrostátních kontaktních míst v každém členském státě Evropské unie. Postupy stanovené členskými státy Evropské unie, které se týkají přeshraniční zdravotní péče, by měly pacientům zaručit objektivitu, nediskriminaci a transparentnost poskytovaných zdravotních služeb (Evropský parlament a Rada Evropské unie, 2011). Důležitou součástí poskytování ošetrovatelské péče je tedy pacienty informovat, aktivně zapojovat a vnímat je jako plnohodnotné partnery ve své vlastní péči o zdraví (WHO, 2021). K zajištění bezpečné a kvalitní péči pak mohou významně přispět právě i samotní pacienti tím, že budou o svých právech a povinnostech informováni, tím pádem by svá práva a povinnosti měli znát a do jisté míry se tak sami mohou aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotních služeb (MZČR, 2019). Bezpečná a kvalitní péče by měla být chápána jako základní lidské právo, tedy právo

každého člověka bez ohledu na jeho charakteristiky ve smyslu jeho národnosti, rasy, kulturní zvyklosti a dalších (WHO, 2021). Ošetrovatelská péče uvedené charakteristiky pacienta respektuje (ICN, 2012).

Z uvedených důvodů by měl nelékařský zdravotnický pracovník poskytující ošetrovatelskou péči bezpochyby znát práva a povinnosti pacientů, měl by být schopen seznámit pacienta s jeho právy a povinnostmi, a především tato práva a povinnosti dodržovat (Česko, 2011). Zajištění aktuálních individuálních potřeb pacienta a ochranu zájmů pacienta včetně jeho práv patří mimo jiné mezi základní činnosti nelékařského zdravotnického pracovníka při poskytování ošetrovatelské péče (Česko, 2021). Z opačného pohledu dodržování práv pacientů také do značné míry zajistí, že je poskytovaná zdravotní péče účinná, kvalitní a bezpečná (MZČR, 2019). Skutečnost, že k základním procesům sledovaných v rámci akreditačního šetření nejen nemocnic patří dodržování práv pacientů, poukazuje na důležitost této problematiky a je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality při poskytování zdravotních služeb (Marx a Vlček, 2014).

Poskytování zdravotní péče pacientům jiné národnosti, kultury, etniky či jiného náboženského vyznání se může pojit s řadou předsudků, které mohou mít v důsledku vliv na kvalitu a efektivitu poskytované péče (Kutnohorská, 2013). Zároveň i verbální či neverbální komunikace nebo samotná jazyková bariéra může zapříčinit nepochopení mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem a v konečném důsledku může ústit v poskytnutí neadekvátní zdravotní péče (Černá, 2011). V rámci poskytování multikulturního ošetrovatelství by však měli nelékařští zdravotničtí pracovníci respektovat nejen lidská práva stejně, tak jako jsou respektována při poskytování ošetrovatelské péče například občanům České republiky a zároveň by se měli vyvarovat neetického chování či dokonce právně nepřijatelných rozhodnutí, které by mohly plynout z neochoty poskytnutí ošetrovatelské péče pacientům jiné národnosti, kultury, etniky, náboženského vyznání atd. (Kutnohorská, 2013).

## **ZÁVĚR**

V souvislosti se stále stoupajícím počtem cizinců na území České republiky se poskytování multikulturního ošetrovatelství stává aktuálnější. Je třeba si uvědomit, že každá lidská bytost, a nejen občan České republiky, má v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb svá práva. Je nezbytné tato práva respektovat, dodržovat a hájit a zároveň uzpůsobit poskytovanou péči

individuálním potřebám konkrétního jedince. Dodržování práv pacientů vychází jednak ze základních právních předpisů nejvyšší právní síly a zároveň z právních předpisů nižší právní síly. Konkrétně u nás v České republice je to zákon o zdravotních službách, který zásadně upravuje práva pacientů a jejich úprava je směřována nejen občanům České republiky, ale i cizincům, kterým je na našem území poskytována zdravotní péče. Nelékařský zdravotnický pracovník by tedy při poskytování ošetrovatelské péče měl zaujmout takový postoj, aby se oprostil od veškerých předsudků pojících se s poskytováním ošetrovatelské péče cizincům a zajistil tak kvalitní a bezpečnou péči na nejvyšší možné úrovni s ohledem na veškerá práva pacienta.

## ZDROJE

CESCR, 2000. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, E/C.12/2000/4.

ČERNÁ, Martina, 2011. Interkulturní aspekty komunikace s pacientem. In: STANČIAK, Jaroslav a Lada CETLOVÁ, eds. *Sborník z mezinárodní konference: Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 94–101. ISBN 978-80-87035-37-5.

ČESKO, 1993. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 1, s. 17–23. ISSN 1211-1244.

ČESKO, 2001. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96 ze dne 1. října, o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *Sbírka mezinárodních smluv*. Částka 44, s. 1899–1919. ISSN 1801-0393.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4732. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2021. Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník MZČR*. Částka 6, s. 2–87. ISSN 1211-0868.

EVROPSKÝ PARLAMENT A RADA EVROPSKÉ UNIE, 2011. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. In: *Úřední věstník Evropské unie*. Svazek 88, s. L45–L65. ISSN 1977-0626.

ICN, 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses. ISBN 9789295094956.

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

MARX, David a František VLČEK, eds. 2014. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigris. ISBN 978-80-87323-04-05.



MZ ČR, 2012. Práva a povinnosti – Ministerstvo zdravotnictví. MZČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha MZČR, 2012-10-31 [cit. 2022-05-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prava-a-povinnosti/>

MZ ČR, 2019. *Rádce pacienta*. Praha: MZČR. ISBN 978-80-85047-62-2.

ŠTREJTOVÁ, Kateřina, 2013. Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně. *Trestně právní revue*. **12**(6), 135–138. ISSN 1213-5313.

WHO, 2021. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-003271-2.

## **KONTAKT**

**Mgr. Michaela Přibíková**

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

e-mail: [pribikova@vszdrav.cz](mailto:pribikova@vszdrav.cz)

**doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.**

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

e-mail: [nemcova@vszdrav.cz](mailto:nemcova@vszdrav.cz)

# GAMIFIKACE JAKO VÝUKOVÝ NÁSTROJ

PEKARA, J. KOČOVSKÁ, E., VLK, R.

## Abstrakt

Moderní zdravotnické vzdělávání čelilo množství velkých výzev, a také velkých příležitostí. Studenti si zvykli na teoretickou zátěž v mnoha předmětech do té míry, že tradiční vzdělávání často působí nudně a monotónně. Z tohoto důvodu jsou moderní výukové metody založené na informačních technologiích stále více využívány. Gamifikace, využívání herních prvků v nezábavném kontextu, je ve vzdělávání stále populárnější. Patří mezi ně deskové hry nebo také karetní hry. Literatura o deskových hrách zdůrazňuje mnoho oblastí, ve kterých mohou být deskové/karetní hry efektivní i ve zdravotnických zařízeních. Deskové hry se od elektronických liší především prvkem sociální interakce, i když některé elektronické hry existují ve formě hádanek nebo soutěžení se samotným herním mechanismem. Mezi největší výhody her patří zlepšení komunikace a aktivního učení založené na interakci s ostatními hráči. Deskové hry nemohou nahradit tradiční výuku, ale mohou pomoci studentům zvládnout některé obtížné koncepty. Hry pomáhají organizovat znalosti, zaujmout a motivovat studenty k učení obtížné látky, ale také povzbudit studenty, aby převzali odpovědnost za své učení. Hry ve zdravotnickém prostředí, jsou-li správně používány, mohou být i pro instruktora cennými nástroji.

## Klíčová slova

Ošetřovatelství, gamifikace, deskové hry, zdravotnictví, vzdělávací proces.

## ÚVOD

Studenti jsou zvyklí na objem teoretické látky v mnoha předmětech až natolik, že tradiční vzdělávání se často zdá nudné a monotónní. Z tohoto důvodu moderní metody výuky založené na informačních technologiích jsou používané stále více. Jedním z příkladů ve zdravotnictví by bylo použití virtuální reality v tréninku, aby se zabránilo agresivním chování vůči zdravotnickému personálu [1]. Virtuální realita ve výuce zdravotnickému personálu dává velké možnosti; implementace je však nákladná.

E-learning je populárnější a levnější způsob než tradiční výuka pro zvýšení atraktivity vzdělávacích aktivit. E-learning by měl být chápán jako velmi obecný pojem, související s počítačovou výukou nebo jako podpora tradičního obsahu pomocí výpočetní techniky. Nejčastěji se využívání u dálkového studia [2]. Gamifikace, tedy využití herních prvků v nezábavný kontext, se stává stále více populární i ve vzdělávání [3]. Učební cíle mohou být nahrazeny úkoly ve hře, pro které uživatel získává body. Prvek soutěžení a dalšího dosahování cíle zvyšují motivaci studenta. Důležitou součástí je svoboda volby a prostředků dosažení cíle a snížení rizika neúspěchu. Toho bývá často dosaženo díky možnosti víceúrovňových přístupů na stejný úkol [4], popisované jako divergentní objev [5]. V tomto smyslu gamifikace může být jeden ze způsobů přenosu znalostí a e-learning může být platformou pro jeho vytvoření. Existují způsoby, jak využívat zábavu i bez elektronických prostředků. Patří mezi ně deskové hry.

Mezi největší výhody deskových her patří zlepšení komunikace a aktivní učení založené na interakci s ostatními hráči [6]. Mnoho moderních elektronických her také představuje příležitost pro interakci s více hráči. Deskové hry se však liší od elektronických především kvůli prvku osobní sociální interakce, i když některé elektronické hry existují ve formě hádanek nebo soutěží se samotným herním mechanismem. Elektronické hry jsou zajímavou možností ve vzdělávání, ale o to víc je obtížné je přizpůsobit lékařskému prostředí než tradiční stolní hry.

## **1 VÝHODY DESKOVÝCH HER V EDUKACI PACIENTŮ**

Literatura deskových her zdůrazňuje mnoho oblastí, ve kterých mohou být efektivní v rámci zdravotnického prostředí i v rámci vzdělávání pacientů. Francouzští výzkumníci prokázali přes 20 let longitudinální studií, že hráči deskových her měli o 15 % nižší pravděpodobnost demence a také získali vyšší skóre v hodnocení MMSE (hodnocení mentální ability v denních činnostech a nižší skóre na škále deprese [7]. Stolní hry vyžadují plánování a logické myšlení aktivující dané oblasti mozku. Efektivita her byla prokázána také u pacientů s Alzheimerovou chorobou, zejména v oblasti deprese a úzkosti. [8]. Aktivizace mozku působí tedy nejen ochrana, hlavním prvkem je již zmíněná sociální interakce, protože hráči mají větší šanci na socializaci, která vytváří sociální vazby a zabraňuje předčasnému stárnutí [9]. Deskové/karetní hry mají pozitivní vliv i na fyzickou kondici a příznaky ADHD. Mouton et. al. [10] pomocí velkých deskových her prokázali v pečovatelském domě výrazný nárůst ve fyzické aktivitě, energetické úrovni, kvalitě života i rovnováze ve skupině seniorů.

Meta analýza také ukázala významně vysoký dopad deskových her u symptomů ADHD u dětí. Hry mohou být také užitečné v terapeutickém procesu lidí se špatně vyvinutou nebo narušenou řečí schopnost, např. při afázii [9]. Hry také poskytují prostředek, jak se vyrovnat se stresem tím, že pomáhají vybit negativní emocionální napětí [11]. Studie na skupině lidí s depresí a úzkostí vykazala pokles příznaků šest týdnů po programu pro zvládání stresu, ve kterém byla použita desková hra Shogi [12]. V tomto případě desková hra nebyla samostatným nástrojem, ale byl použit komplexnější terapeutický program. Hry také hrají důležitou roli během času karantény, jako je nedávná pandemie COVID-19 nebo válečné konflikty. Deskové hry mohou také změnit návyky a podpořit zdravé chování. Ve švýcarské studii kuřáci hráli naučné deskové hry v rámci terapie. Po terapii lidé v experimentální skupině se méně často vraceli k závislosti na tabáku, než lidé z kontrolní skupiny [13]. Cílem příspěvku je prezentovat účinnost deskových her ve zdravotnictví.

## **2 APLIKACE HER VE VÝUCE ZDRAVOTNICTVÍ**

Game-based learning (GBL) je v lékařském vzdělávání je definována jako alternativa k tradiční výuce [14]. Existují dva způsoby použití deskových a karetních her v lékařském prostředí, a to buď pomocí existujících her nebo vytvořením nových – na míru konkrétnímu tématu. V prvním případě je prvek získávání znalostí vynechán, protože se jedná o hry, které nejčastěji slouží jako zábava. Nicméně GBL může se používá také jako způsob integrace pracovní skupiny nebo při zvládnutí takzvané „měkké kompetence“, jako jsou mezilidské komunikace nebo týmová práce. Jednou z výhod je univerzálnost, na druhou stranu učení založené na hře nedovolí osvojit si znalosti probíraného tématu během vzdělávacího procesu. Z tohoto důvodu vznikají nové deskové hry nebo se upravují stávající, aby lépe plnili výchovný úkol [6, 9]. Deskové hry se v akademické sféře používají zejména pro studenty medicíny a studenty ošetrovatelství. Mají mnoho výhod v této oblasti vzdělávání:

- mohou učit složité problémy, aniž by riskovali zdraví pacienta nebo drahé vybavení,
- účastníci mohou trénovat bez dopadu na negativní důsledky nesprávné lékařské péče,
- hry přinášejí prvek potěšení, snižují úzkost, odvádí pozornost uživatelů od stresujících klinických situací,
- hráči jsou aktivní v procesu učení, týmová práce a budování týmu – účastníci sdílejí své znalosti. Jak ukazuje výzkum na lékařských rezidentech, učit se jeden od druhého je efektivní [5] a důležitý způsob získávání znalostí [15].

- schopnost deskových her kombinovat teorii a praxi [16]. Bochenek a kol. [6] navrhl typologii her pro použití v lékařském vzdělávání v závislosti na hráčově úrovni zapojení:
- jednofázové jednoduché hry skládající se z jedné fáze,
- dvě fáze, obsahující možnost reflexe a shrnutí aktivity,
- tři stupně, obsahující předchozí obohacené s aktivním plánováním,
- čtyři fáze, kdy herní mechanismus vytváří tři výše zmíněné prvky.

Hry lze také kategorizovat podle typu (kostky, výdajové hry, myšlenkové hry, kvízy/komunikace hry, hraní rolí a simulace, obratnost hry). Tato klasifikace ukazuje větší složitost problému a má také usnadnit výběr vhodných mechanismů pro vzdělávání účel. Nejoblíbenější ve vzdělávání jsou kvízové hry, protože se nejsnáze se přizpůsobují a motivují studenty, aby odpověděli na otázky týkající se obecných znalostí [17].

Některé hry jsou složitější, např. studenti rozvíjejí plán jednání s pacienty na pohotovosti či jiné místnosti. Úkolem takové třífázové myšlenkové hry je rozhodnout o vhodné léčbě na základě přijaté zdravotní dokumentace. Celý proces je pod dohledem a řízením učitele a rozhodnutí studentů lze upravit on time [6]. Hraní rolí a simulace jsou další dva typy her, které byly použity ve Fukuchiho studii [20]. Výzkumnou výzvou bylo vyléčit simulované onkologické onemocnění. Studenti mezi sebou pacienta přesunuli na nemocniční oddělení, řešili objednávání diagnostiky a proces léčby. Pohyb pacienta byl řízen pomocí správných odpovědí na otázky a hodem kostkou. Proces byl podporován počítačem, který poskytl studentům lékařské informace o svých pacientech. Studenti zaznamenali nárůst svých znalostí v oblasti onkologie po hraní hry. Deskové hry mohou také pomoci zvýšit specializované znalosti. Desková hra Criticality, založená na populární hře Monopoly, byla součástí učebního procesu na jednotce intenzivní péče v Northumbrii ve Velké Británii. To umožnilo studentům ošetřovatelství dozvědět se o mezerách v jejich znalostech, získat zpětnou vazbu, naučit se konkrétním způsobem reagovat a integrovat znalosti z daného modulu. Podle autorů byla tato hra novou strategií, která zlepšila kvalitu výuky [16]. Vzhledem k použití lékařského jazyka, pacienti a rodina často nechápou, co jim říká zdravotnický personál. Na žargon např. cílila hra Taboo, kde studenti dostali záporné body za použití hovorového slova nebo lékařský žargon, který pacient nezná a nemusí mu rozumět [14].

## DISKUZE

Deskové hry ve vzdělávání, navzdory jejich výhodám, budí i určité kontroverze. Oponenti váhají, do jaké míry se v procesu výuky závažného tématu, má proces učení měnit na „hřiště“. Je zde oprávněné nebezpečí, že deskové hry mohou infantilizovat proces učení. To může být škodlivé a může způsobit studentům bagatelizovat učení tím, že ho budeme považovat za zábavu. Další výzva, na kterou Gorbaněv [21] upozorňuje, je otázka testování účinnosti her ve vzdělávání. Proces změn návyků je tak složitý, že vztah mezi dosaženými pozitivními účinky není vždy v jasné spojitosti s deskovými hrami. Budoucí výzkum v této oblasti vyžaduje dobrou metodologickou strukturu na základě randomizovaných studií [9]. Výše vysvětlené výzkumy jsou založené především na kvazi-experimentální studii dvou nebo jedné skupiny s pre – a post-srovnávacím testem. Bez randomizačních pokusů, je těžké vyvozovat jednoznačné závěry o účinnosti deskových a karetních her. Bylo by také prospěšné měřit studentovo vnímání podle typu vzdělávacího nástroje. Někteří autoři poukazují na negativní důsledky využití deskových her ve vzdělávání. Jejich výhrady zahrnují potenciální pocity úzkosti a rozpaků v přítomnosti ostatních studentů z důvodu nedostatku znalosti nebo dovednosti nebo v případě prohry. Vytváření her vyžaduje čas a energii. Instruktora hra zapojuje více než je v případě tradiční výuky. Nejzávažnější námitka je, že deskové hry nemusí být účinné při posuzování individuálních znalostí. Hraní hry umožňuje aktivním studentům se zapojit a zároveň tišší a méně asertivní studenti mohou proces bagatelizovat [16]. Chceme-li vytvořit bezpečné prostředí pro učení pomocí her, instruktor musí poskytovat pocit bezpečí a podporovat spolupráci nad konkurencí. Jedna z účinných metod, jak snížit úzkost je používat otázky s více správnými odpověďmi.

## ZÁVĚR

Někteří navrhnou změnu stávajících her a přizpůsobovat je novým podmínkám namísto vytváření nové hry. Pro udržení rovnováhy mezi zábavou a učením, je důležité jasně definovat cíle, kterých chce učitel dosáhnout. Účinnost her závisí také na počtu lidí. Tuto proměnnou lze změnit změnou úrovně obtížnosti. Důležitý prvek je i hodnocení účinnosti používané hry, pokud možno formalizovaným způsobem [14]. Deskové hry nemohou nahradit tradiční výuku, ale mohou pomoci studentům zvládnout zvláště obtížné pojmy. Hry pomáhají organizovat znalosti, zapojit a motivovat studenty k obtížnému učení [22, 23]. Hry ve zdravotnictví, jsou-li

správně používány, mohou být cenným nástrojem pro učitele i žáky. Hra umí tvořit neohrožující prostředí, které podporuje vzájemné učení se. Správně připravená hra, šitá na míru předmětu, umožňuje zvládnutí látky v kratším čase, než na tradiční přednášce [14]. Nicméně budoucí studie by měly validitu her podporovat a zdůrazňovat správnou metodiku této praxe. Díkyhrám přestává být lektor „mluvící hlava“ a se stává facilitátorem pro získávání znalostí [14].

## ZDROJE

1. Tuenté SK, Bogaerts S, Van Ijzendoorn S, et al. Effect of virtual reality aggression prevention training for forensic psychiatric patients (VRAPT): study protocol of a multi-center. RCT. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 1-9.
2. Aparicio M, Bacao, F, Oliveira T. An e-learning theoretical framework. *An e-learning theoretical framework. JSTOR* 2016; 1: 292-307.
3. Domínguez A, Saenz-De-Navarrete J, De-Marcos L, et al. Gamifying learning experiences: Practical implications and outcomes. *Computers & Education* 2013; 63: 380-392.
4. Dicheva D, Dichev C, Agre G, et al. Gamification in education: A systematic mapping study. *J Educ Technol Soc* 2015; 18: 1-14.
5. Mosston M, Ashworth S. *The spectrum of teaching styles: From command to discovery.* Addison-Wesley Longman Ltd, Boston 1989.
6. Bochennek K, Wittekindt B, Zimmermann SY, et al. More than mere games: a review of card and board games for medical education. *Med Teach* 2007; 29: 941-948.
7. Akbaraly TN, Portet F, Fustinoni S, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: results from the Three-City Study. *Neurology* 2009; 73: 854-861.
8. Lin Q, Cao Y, Gao J. The impacts of a GO-game (Chinese chess) intervention on Alzheimer disease in a Northeast Chinese population. *Front Aging Neurosci* 2015; 7: 163.
9. Noda S, Shiotsuki K, Nakao M. The effectiveness of intervention with board games: a systematic review. *Biopsychosoc Med* 2019; 13: 22.

10. Mouton A, Gillet N, Mouton F, et al. Effects of a giant exercising board game intervention on ambulatory physical activity among nursing home residents: a preliminary study. *Clin Interv Aging* 2017; 12: 847-858.
11. Nakao M. Special series on “effects of board games on health education and promotion” board games as a promising tool for health promotion: a review of recent literature. *Biopsychosoc Med* 2019; 13: 5.
12. Nakao M, Furukawa H, Oomine A, et al. Introduction of “Shogi” health promotion project in Kakogawa City. In Tokyo: 2017; Abstract of the 24th annual scientific conference of the Japanese Society of Behavioral Medicine.
13. Khazaal Y, Chatton A, Prezzemolo R, et al. Impact of a boardgame approach on current smokers: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013; 8: 3.
14. Pitt MB, Borman-Shoap EC, Eppich WJ. Twelve tips for maximizing the effectiveness of game-based learning. *Med Teach* 2015; 37: 1013-1017.
15. Thampy H, Agius S, Allery L. Clinical teaching: widening the definition. *Clin Teach* 2014; 11: 198-202.
16. Gibson V, Douglas M. Criticality: The experience of developing an interactive educational tool based on board games. *Nurse Educ Today* 2013; 33: 1612-1616.
17. Beylefeld AA, Struwig MC. A gaming approach to learning medical microbiology: students’ experiences of flow. *Med Teach* 2007; 29: 933-940.
18. Hill RV, Nassrallah Z. A game-based approach to teaching and learning anatomy of the liver and portal venous system. *MedEdPORTAL* 2018; 14: 10696.
19. Graham I, Richardson E. Experiential gaming to facilitate cultural awareness: its implication for developing emotional caring in nursing. *Learn Health Soc Care* 2008; 7: 37-45.
20. Fukuchi SG, Offutt LA, Sacks J, et al. Teaching a multidisciplinary approach to cancer treatment during surgical clerkship via an interactive board game. *Am J Surg* 2000; 179: 337-340.



21. Gorbanev I, Agudelo-Londoño S, González RA, et al. A systematic review of serious games in medical education: quality of evidence and pedagogical strategy. Med Educ Online 2018; 23: 1438718.

22. Abdulmajed H, Park YS, Tekian A. Assessment of educational games for health professions: a systematic review of trends and outcomes. Med Teach 2015; 37 (suppl. 1): S27-S32.

23. Gauthier A, Kato PM, Bul KC, et al. Board games for health: A systematic literature review and meta-analysis. Games Health J 2019; 8: 85-100.

## **KONTAKT**

### **Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.**

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

e-mail: [pekara@vszdrav.cz](mailto:pekara@vszdrav.cz)

### **RNDr. Eva Kočovská, Ph.D.**

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

e-mail: [kocovska@vszdrav.cz](mailto:kocovska@vszdrav.cz)

### **Mgr. Radomír Vlk, DiS.**

Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky, z. s.,

Branická 405 /133, 147 00 Praha 4

e-mail: [radomir.vlk@komorazachranaru.cz](mailto:radomir.vlk@komorazachranaru.cz)

# ETICKÉ ASPEKTY V INDIKACI CÍSAŘSKÉHO ŘEZU NA PŘÁNÍ TĚHOTNÉ ŽENY

ŠKOLOUDOVÁ, M.

## Abstrakt

Etické dilema principu respektu k autonomii těhotné ženy a k principu spravedlnosti vůči plodu je jádrem problému etické přijatelnosti indikace k císařskému řezu na přání těhotné ženy. Zajištění ochrany zájmů lidského plodu je významným úkolem bioetiky jako součástí moderního porodnictví. Novým etickým dilematem je též přijatelnost uplatnění pozitivního či negativního práva žen při volbě modality porodu. Identifikace situací, ve kterých je vhodné prosazovat etické závazky těhotných žen vůči plodu v průběhu porodu je důležitým úkolem moderního porodnictví.

## Klíčová slova

Bioetika, císařský řez, císařský řez na přání, principy lékařské etiky

## ÚVOD

Problematika elektivních, tedy plánovaných císařských řezů bývá velmi často předmětem diskusí jak mezi laickou, tak především odbornou společností gynekologů, porodníků, porodních asistentek a profesních organizací. Na tento současný trend, tedy nárůst v počtu elektivních císařských řezů v novodobých dějinách moderního porodnictví, je nutno nahlížet nejen po stránce medicínské, ale také po stránce etické, sociální a právní. Zatímco Americká společnost gynekologů a porodníků (ACOG) považuje provedení císařského řezu na přání za etické, pokud jsou naplněna určitá kritéria, tak Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) považuje císařský řez na přání za neetický. Etika, potažmo lékařská etika, byla u nás po dlouhá desetiletí tabuizována nebo ideologizována. Proto je nutné některé etické problémy medicíny aktuálně řešit, a problematika elektivních císařských řezů, mezi něž patří i císařské řezy na přání ženy, k nim jednoznačně patří. Etická stránka problematiky císařských řezů na přání (CDMR) není zanedbatelná. Lékařská etika se zabývá tím, co je dobré pro pacienta. V případě těhotenství se nesmí opomenout, že se nejedná jen o samotného pacienta – rodičku, ale i o nově vznikající život – plod. Lékaři se v rozhodování, co je dobré, tedy etické, musí ohlížet i k hledání nejlepšího zájmu nejen pro rodičku, ale i pro rodící se dítěte. V praxi však

mohou oba zájmy kolidovat, zájem mateřský může být v rozporu se zájmem plodu a naopak. Nejlepším zájem dítěte je samozřejmě záchrana života a zdraví, což se děje při akutním císařském řezu. Je však císařský řez na přání proveden v nejlepším zájmu dítěte? Ve svém příspěvku bych se tedy chtěla zamyslet nad Etickými aspekty císařských řezů na přání rodičky.

Naše povolání je v současné české společnosti 21. století v různých anketách pravidelně hodnoceno jako jedno z nejprestižnějších. Veřejnost nám posílá vzkaz, že nás nechápe jako pouhé zaměstnance nějaké porodnice. Lidé, resp. ženy nás vnímají jako někoho, komu mohou svěřit své zdraví, své novorozeně, na koho se mohou spolehnout. Nemusíme si nalhávat, že i naše profese prochází hlubokými změnami. Na jedné straně je to rozšiřování kompetencí, s tím související větší odpovědnost, neustálá nutnost vzdělávání, což většina z nás chápe jako pozitivní změnu, ale především naši profesi ovlivňují také rodičky samotné – jsou starší, často se zatíženou porodnickou a osobní anamnézou, po IVF, ale jsou také velmi informované, a to ne vždy z validních zdrojů. Dále naši profesi ovlivňuje proměna ve vztahu lékař, porodní asistentka versus rodička, její spoluúčast při rozhodování a s tím související problematika „porodních plánů“ a informovaných souhlasů. Proto problematika elektivních císařských řezů má mnoho nejen medicínských, ale také právních, sociálních, a etických souvislostí.

## 1 HISTORICKÝ VÝVOJ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Císařský řez (Sectio Caesarea) je operace, jejíž kořeny sahají do dávné historie a patří mezi nejstarší porodnické operace (Doležal, 2008, s. 5). Název operace Sectio Caesarea pramení od Plinia staršího (23 – 79 n.l.). Dle Plinia děti narozené chirurgickým vynětím z dělohy byly nazývány caesones nebo caesares, což znamená vyříznut. Výraz Secare pak znamená řezati. Obě slova mají podobný obsah a význam. Slovní spojení Sectio Caesarea je výrazem tautologickým. Sectio Caesarea je tedy slovo, které nedává smysl, i přesto se však dodnes tento název zcela běžně používá mezinárodně. Název tudíž není odvozen od císařů, protože ani Julius Cesar se nenarodil abdominální cestou, jelikož jeho matka přeživala ještě mnoho let po porodu (Doležal et al., 2007, s. 205).

V současné době je císařský řez rutinní chirurgický zákrok, který má velmi dlouhý a dramatický vývoj (Pařízek, Drška et Říhová, 2016, s. 305). Vzhledem ke změnám operačních postupů, díky současným šicím materiálům, možnosti hemostázy, miniheparinizaci, a také antibiotické léčbě,

se císařský řez stal v porovnání se začátky této operace relativně bezpečný (Mardešićová et Velebil, 2010, s. 171). SC považován za velkou břišní operaci, která sebou nese až šestkrát vyšší riziko vzniku komplikací oproti vaginálnímu porodu, je stále jednou z nejčastěji prováděnou porodnickou operací (Hájek et al., 2014, s. 499).

## 2 INCIDENCE CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ

V současné době se potýkáme s problémem vzestupu počtu císařských řezů po celém světě. Zatímco v historii se dokončený císařský řez považoval za úspěch, momentálně řešíme otázky typu: „Jak zabránit císařskému řezu?“. Příčin, které mají za následek zvyšující se počet císařských řezů je mnoho (Mardešićová et Velebil, 2010, s. 171). Světová zdravotnická organizace již v roce 1985 dospěla k tvrzení, že: „*Neexistuje žádný důvod pro to, aby jakýkoliv region měl císařský řez s vyšší mírou než 10-15 %.*“ (WHO, 2015, s. 1). Později byla tato citace publikována v mnoha odborných časopisech a byla interpretována jako ideální míra císařského řezu. Zvýšení počtů císařských řezů se zdá být však nekontrolovatelné. K tomuto jevu přispívá také fakt, že příčiny nárůstu nejsou zcela pochopeny a jsou multifaktoriální. V souvislosti s touto problematikou se WHO setkává v říjnu roku 2014 a souhlasí s návrhem pro monitorování sazeb císařského řezu na úrovni zdravotnických zařízení (Betrán et al., 2015, s. 667). Stoupající trend je ve většině případů odůvodňován snahou o zlepšení perinatologických výsledků. S tímto tvrzením však WHO nesouhlasí a upozorňuje, že zvýšení míry císařského řezu nad 15 % nevede ke zlepšování perinatologických výsledků, naopak spíše dochází ke zvyšování rizik pro další fertilitu ženy (Korečko, 2016, s. 13). Nárůst této operace není provázen adekvátním snížením perinatální úmrtnosti (Tošner, 2016, s. 77).

Incidence v provedení císařských řezů se liší nejen mezi jednotlivými státy, liší se také mezi jednotlivými porodnickými zařízeními napříč Českou republikou. Počet provedených císařských řezů se v ČR liší i podle nemocnic (porodnic) – vyšší procento lze očekávat v perinatologických centrech, kde se kumuluje výskyt rizikových a patologických těhotenství. Počet porodů ukončených císařským řezem v ČR dokládá zpráva MUDr. Petra Velebila, CSc. z ÚPMD, který každoročně zveřejňuje perinatologické výsledky (obrázek 1)



### 3 KLASIFIKAČNÍ SYSTÉM

V současné době neexistuje žádný mezinárodně uznávaný klasifikační systém pro císařské řezy, který by umožňoval smysluplné a relevantní srovnání počtů císařských řezů v různých zemích, městech a regionech. Ve světě vznikla řada klasifikačních systémů, které usilovaly o rozdělení SC z různých hledisek (WHO, 2015, s. 1). WHO považuje za nejvíce vhodnou tzv. Robsonovu klasifikaci, dříve nazývanou The 10-Group Classification System (TGCS) (WHO, 2015, s. 1). Zařazení rodičky do skupiny umožňuje porovnání a analýzu císařských řezů jak v jednotlivé skupině, tak mezi skupinami navzájem. Robsonova klasifikace je jasná, přehledná a ve světě nejpoužívanější i přes všechny své nedostatky, a v mnoha zemích je implementována do národních perinatologických programů a podrobně podrobována auditu. Robsonova klasifikace však nebere v úvahu indikaci k císařskému řezu na přání ženy, indikace za různých specifických podmínek, nepočítá s preexistujícími nemocemi matky či plodu, proto je snaha tuto kvalifikaci modifikovat (Korečko, 2016, s. 14). Všechny klasifikace mají svá negativa,

např. v podobě nejednotných pravidel, nedostatečné definice jednotlivých skupin (Zemanová et Bydžovská, 2018, s. 277). Vhodný klasifikační systém by měl význam i pro poskytovatele zdravotní péče, měl by zahrnovat všechny císařské řezy a být lehce odvoditelný ze zdravotnické dokumentace (Korečko, 2016, s. 13).

### **3.1 INDIKACE K PROVEDENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU**

Indikace můžeme rozdělit do tří základních skupin: ze strany matky, ze strany plodu a indikace sdružené. V některých případech jde jen stěží oddělit indikace výhradně jen ze strany matky či plodu, a proto lze některé indikace zařadit do skupiny sdružené (Mardešicová et Velebil, 2010, s. 172). Dále můžeme rozdělit indikace k císařskému řezu na primární a sekundární. Primární, neboli elektivní (tzn. plánované) jsou indikace, které vznikly ještě před začátkem děložních kontrakcí. Sekundární, akutní (neplánované) jsou indikace, které nemůžeme dopředu předpokládat a většinou vznikají v průběhu porodu per vias naturales. Další možné rozdělení je na absolutní indikace (např. placenta praevia centralis, absolutně zúžená pánev atd.) a indikace relativní (např. relativní kefalopelvický nepoměr při velkém plodu) (Lomíčková, 2009, s. 43).

## **4 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ**

Císařský řez provedený na přání je výkon realizovaný na žádost rodičky bez zjevné indikace ze strany matky či plodu. V České republice tento výkon není legislativou povolen a není tedy oficiálně možný. Z tohoto důvodu se císařský řez na přání ukrývá pod širokou škálou nejrůznějších indikací. Odhaduje se, že po celém světě se na přání rodičky provede 4-8 % z celkového počtu provedených císařských řezů. Jedná se o téma, které se v poslední době stává čím dál více diskutovaným. Císařský řez na přání má mezi porodníky celou řadu zastánců, ale na straně druhé i řadu odpůrců. Chci se nyní zamyslet nad problematikou elektivních císařských řezů napříč mezi aktéry z etického hlediska.

### **4.1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ Z POHLEDU PORODNÍKA**

Jaké jsou argumenty pro a proti? V první řadě si je nutné uvědomit, že komplikace císařského řezu uváděné v naší i zahraniční literatuře neodlišují plánovaný císařský řez od akutního

císařského řezu prováděného z akutní indikace. Zatímco první je prováděn v ranních hodinách s dobře naladěným týmem včetně neonatologické následné péče o porozeného novorozence a plánovaným zajištěním všech potenciálních komplikací, je akutní císařský řez prováděný nejčastěji pro vznik život ohrožující komplikace u matky nebo plodu, dramatickou, hektickou a stresovou situací. Co se týče komplikací, jde tedy o dvě rozdílné operace, a císařský řez na přání je císařský řez plánovaný. (Roztočil, 2003).

MUDr. Petr Křepelka, PhD. z ÚPMD se k problematice císařskému řezu na přání vyjádřil: *„Rozhodnutí kompetentní a plně informované ženy o způsobu vedení porodu považují za legitimní a eticky i medicínsky přijatelné. Argumentem proti jednoznačnému odmítnutí operace bez lékařské indikace je navíc značně omezená předvídatelnost průběhu vaginálního porodu a jeho komplikací. Neřešíme volbu mezi elektivním SC a vaginálním porodem, nýbrž mezi elektivním SC a pokusem o vaginální porod. Úkolem lékaře je pomoci těhotným orientovat se ve složitém systému odborných informací. Vedení porodu není pouze otázkou racionálně-empirické vědy, ale výsledkem složité komunikace mezi lékařem a těhotnou ženou na základech dvoustranné shody“.*

## 4.2 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ Z POHLEDU NEONATOLOGA

Nevýhodou císařského řezu je respirační morbidita je způsobena přerušением fyziologických hormonálních změn před spontánním začátkem porodu. Dominantní úlohu v re-absorpci amniální tekutiny v plicích novorozence mají amiloridsenzitivní natriové kanály v alveolárních epitelových buňkách. Význam mechanických faktorů (např. komprese hrudníku při vaginálním porodu) je velmi limitovaný. Novorozence s komplikacemi po císařském řezu je nutné ošetřovat odděleně od matky v prostředí jednotek intenzivní a/nebo intermediární péče, kde existuje reálně zvýšené riziko vzniku nozokomiálních infekcí. Kolonizace GIT potenciálně patogenními bakteriálními kmeny s absencí bifidogenní vaginální flóry může být asociována se zvýšeným rizikem vzniku alergických onemocnění (včetně nejzávažnějších forem). Nástup laktace je po elektivním císařském řezu opožděný a celková doba laktace je signifikantně kratší. Výhodou elektivního císařského řezu jsou snížení perinatální asfyxie, snížení porodního traumatismu a snížení incidence aspirace mekoniuma.

Strategickým cílem neonatologů by mělo být snížení frekvence elektivních císařských řezů, protože rizika pro novorozence převažují nad výhodami. Při rozhodování o způsobu vedení porodu by měla být matka informována o negativním vlivu elektivního císařského řezu na novorozence (Straňák, 2020).

### **4.3 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ Z POHLEDU RODIČKY**

V internetových diskusích, sociologických průzkumech, v časopisech pro širokou laickou veřejnost se můžeme setkat s nejrůznějšími anketami, které vyhodnocují názory žen na provedení císařského řezu na přání. Např. časopis Maminka uveřejnil názory žen, které odpovídaly na otázku: Znáte výhody a nevýhody císařského řezu?

Za výhody ženy označily, že si vše mohou předem naplánovat, zorganizovat, mají neporušená rodidla, odpadají problémy s inkontinencí, porodí rychle a bezbolestně, a že porod je řízený a tutéž bezpečný pro ni a pro dítě.

Za nevýhody císařského řezu ženy zmiňují nutnost anestezie, delší rekonvalescenci, jednou císařský řez - pokaždé císařský řez, tři krát a dost, a až na pátém místě zmiňují menší obranyschopnost dítěte.

Z tohoto průzkumu vyplývá, že ženy více preferují benefit pro sebe, a nezamýšlejí se nad možným negativním vlivem na novorozence.

### **4.4 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ Z POHLEDU NOVOROZENCE**

Dítě, které se má narodit, své přání sdělit nemůže, proto je pro správné etické rozhodování nutné osvojení systému obecných etických pravidel, která pomáhají v řešení konkrétních praktických situací. Základem filozofických nástrojů soudobého zdravotnictví, a tedy i novodobého porodnictví, je etický principialismus, jehož podstatou jsou čtyři principy-respekt k autonomii, beneficence, princip non-maleficence a spravedlnost. Jednotlivé principy platí současně, žádný z nich není hodnotově nadřazen druhému, nicméně v praxi mezi těmito principy existuje jistá



míra napětí a tím se dostávají do vzájemného konfliktu. A tento rozpor mezi etickými principy představuje dilema.

První princip neškodění (nonmaleficence) – elektivní císařský řez má vyšší riziko poporodních komplikací u rodičky a má vliv na adaptační potíže novorozence.

Druhý princip dobročinnosti (beneficence) – dobro pacienta je zdraví, elektivní císařský řez způsobuje separaci novorozence od matky.

Je tedy eticky správné provést výkon, který ovlivňuje zdraví ženy a zároveň ovlivní budoucí zdraví novorozence?

Třetí princip – respektování autonomie neboli možnost volby. Císařský řez je velká břišní operace, která může ovlivnit zdraví ženy, ale i přesto by měla mít žena možnost se rozhodnout, jak vést svůj vlastní porod. Dítě, které se má narodit, však své potřeby sdělit nemůže, a proto bychom neměli jednat proti nejlepšímu zájmu dítěte. Lze předpokládat, že novorozenec preferuje nerušený kontakt s matkou a kojení.

Čtvrtý princip, princip spravedlnosti zmiňují snad jen pro vyšší ekonomickou náročnost císařského řezu oproti porodu vaginálnímu. (Chvilová Weberová, 2014).

Z etického hlediska je také nutné zabývat se procesem filozofického určení dignity plodu, jeho dvěma hlavními principy. Prvním je ontologický personalismus, který přiznává plodu morální statut od chvíle koncepce, druhým je pak empirický funkcionalismus, přisuzující plodu různou morální hodnotu, která se odvíjí od stupně jeho vývoje. Vymezení toho, od kterého okamžiku má lidské embryo hodnotu lidského života, má zásadní význam pro morální úsudek, jaké zacházení s nenarozeným životem je dobré a jaké je špatné. Tedy i pro zhodnocení, zda má být lidský plod chráněn již od početí či nikoliv. Hodnota, kterou lidskému životu přisuzuje společnost, a především pak matka, je v této souvislosti rozhodující. Nejen v těchto případech je však vhodné se zamyslet i nad různými etickými aspekty ochrany dětí, neboť pokrok moderní medicíny s sebou přináší mnohá úskalí, která na první pohled možná nejsou úplně patrná.

## ZÁVĚR

Pro správné etické rozhodování je nutné osvojení systému obecných etických pravidel, která pomáhají v řešení konkrétních praktických situací. Základem filozofických nástrojů soudobého zdravotnictví, a tedy i novodobého porodnictví, je etický principialismus, jehož podstatou jsou čtyři v textu uvedené principy. Jednotlivé principy platí současně, žádný z nich není hodnotově nadřazen druhému, nicméně v praxi mezi těmito principy existuje jistá míra napětí a tím se dostávají do vzájemného konfliktu

Proto etické dilema principu respektu k autonomii těhotné ženy a principu spravedlnosti vůči plodu je jádrem problému etické přijatelnosti indikace k císařskému řezu na přání těhotné ženy. Zajištění ochrany zájmů lidského plodu je významným úkolem bioetiky jako součástí moderního porodnictví. Novým etickým dilematem je též přijatelnost uplatnění pozitivního či negativního práva žen při volbě modality porodu. Identifikace situací, ve kterých je vhodné prosazovat etické závazky těhotných žen vůči plodu v průběhu porodu je důležitým úkolem moderního porodnictví.

Odborné diskuse, které se mezi porodníky vedou, by měly vést k zodpovězení otázek v řešení etické přijatelnosti císařského řezu na přání v souladu s vývojem klinické medicíny, kdy se mění názory a postoje odborné i laické veřejnosti jako reflexe výzkumů, jejich praktického využití a medializace.

## ZDROJE

BETRÁN, Ana Pilar et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology. July 2015, vol. 123, issue 5, s. 667-670. ISSN-electronic: 1471-0528. doi: 10.1111/1471-0528.13526. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26681211&lang=cs&site=ehost-live>

DOLEŽAL, Antonín et al. Historie císařského řezu do XX. století. Moderní gynekologie a porodnictví. LEVRET s.r.o., March 2008, vol. 17, issue 1, s. 205- 206. ISSN 1211-1058.

DOLEŽAL, Antonín et al. Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 376. SBN 978-80-247-0881-2.

HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel et al. Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. s. 538. ISBN 978- 80-247- 4529-9.

CHVÍLOVÁ, WEBEROVÁ, Magdaléna. Císařský řez na přání – možnost volby, nebo etický problém? Neonatologické listy. 2014, vol. 20, issue 1, s. 22-27. ISSN: 1211-1600. Dostupné také z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20141.pdf>

KOREČKO, Vladimír. Modifikovaná Robsonova klasifikace císařských řezů. Acta medicinae. 2016, vol. 5, issue. 4, s. 13-14. ISSN: 1805-398X

LOMÍČKOVÁ, Tat'ána. Změnily se indikace k císařskému řezu? Aktuální gynekologie a porodnictví. 2009 vol. 1, s. 42-44. ISSN 1803-9588. Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:bmc07526886>

MARDEŠÍCOVÁ, Nicole et Petr, VELEBIL. Epidemiologie císařských řezů. Postgraduální medicína. February 2010, vol. 12, issue 2, s. 171-174.

PAŘÍZEK, Antonín, DRŠKA, Václav and Milada ŘÍHOVÁ. Praha, místo, kde byl proveden první císařský řez, kdy přežila současně matka i dítě? Česká gynekologie. 2016, vol. 81, issue 4, s. 304-313. ISSN: 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska->

[gynekologie/2016-4-12/praha-mistokde-byl-proveden-prvni-cisarsky-rez-kdy-prezila-soucasne-matka-i-dite-59629](https://www.gynekologie.cz/2016-4-12/praha-mistokde-byl-proveden-prvni-cisarsky-rez-kdy-prezila-soucasne-matka-i-dite-59629)

ROZTOČIL, Aleš. Proč se bojíme vaginálního porodu konce pánevního? Moderní gynekologie a porodnictví. 2016, vol. 24, issue 1, s. 28-31. ISSN: 1211-1058

STRAŇÁK, Zbyněk. The issue of elective caesarean cesction from a naonalologist's point of view. Postgraduální medicína. 2010. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-elektivniho-cisarskeho-rezu-z-pohledu-neonatologa-449540/check-status/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for Induction of labour. World Health Organization. Geneva. 2011, s. 1-36. ISBN: 978 92 4 150115 6. Dostupné také z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1) 83)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Statement on Caesarean Section Rates. World Health Organization. Geneva. 2015, s. 1-8. Dostupné také z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=664FD4B16F8608BCD55E4F990D7DE3D1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=664FD4B16F8608BCD55E4F990D7DE3D1?sequence=1) 84)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Robson Classification: Implementation Manual. World Health Organization. Geneva. 2017, s. 1-55. ISBN: 978-92-4-151319-7. Dostupné také z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=69481789B355803438D744DE46361732?sequence=1>

ZEMANOVÁ, Dagmar et Ivana, BYDŽOVSKÁ. Robsonova klasifikace – jak na to. Gynekologie a porodnictví. 2018, vol. 2, issue 5, s. 277-282. ISSN: 2533-4689.

## KONTAKT

**PhDr. Markéta Školoudová**

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

e-mail: [skoloudova@vszdrav.cz](mailto:skoloudova@vszdrav.cz)

# KOMUNIKAČNÉ BARIÉRY PRI POSKYTOVANÍ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI PACIENTOM INÝCH KULTÚR

KITOVÁ MAZALÁNOVÁ, V., MAZALÁNOVÁ, A.

## Abstrakt

Z dôvodu migrácie sa zvyšuje počet cudzincov aj na našom území. Čoraz častejšie je naším pacientom človek inej kultúry. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je založená na uspokojovaní individuálnych potrieb a rešpektovaní odlišnosti pacientov cudzincov. Tento výsledok vyžaduje, aby ošetrovateľský personál mal odpovedajúce vedomosti, ako poskytovať kultúrne špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť. Preto je nutné klásť veľký dôraz na vzdelávanie sestier v multikultúrnom ošetrovatelstve a na jazykovú prípravu sestier. Multikultúrne ošetrovatelstvo je momentálne aktuálnou celosvetovou témou a významnou súčasťou zdravotníctva. Emigranti, ktorí prichádzajú do cudzej zeme majú odlišné zvyky, kultúru, jazyk, životné podmienky, stravovacie návyky a tiež rozdielny systém zdravotnej starostlivosti. Umenie komunikovať s pacientom zahŕňa nielen vyspelé komunikačné zručnosti, aktívne počúvanie a rozvinutú schopnosť vcítiť sa do druhej osoby, ale aj rešpektovať hodnoty, presvedčenia a zvyklosti jedincov z rôznych kultúrnych prostredí.

**Kľúčové slová:** Komunikácia, komunikačné bariéry, multikultúrne ošetrovatelstvo.

## ÚVOD

Ľudský jedinec potrebuje k životu komunikovať s okolím a komunikácia je súčasťou jeho každodennej existencie a konania (Groligová, 2012). Komunikácia je proces predávania či výmeny informácií medzi účastníkmi, je nástrojom dorozumievania sa medzi ľuďmi, je neoddeliteľnou súčasťou nášho života. Slovo komunikácia (comunicare) môžeme preložiť ako: dorozumievanie, spolupodieľať sa s niekým na niečom, mať podiel na niečom spoločnom, spoluúčastniť sa, spájať, zľučovať, zdieľať informácie, poskytovať správy, prenos myšlienok, emócií, postojov (Quisová, 2009). Komunikácia ľudí je zložitý proces závislý na individuálnom

chápaní, psychike, inteligencií, na vzdelaní, skúsenostiach, zvykoch a kultúrnych tradíciách. Patri k základnej bio-sociálnej výbave človeka, ale individuálne sa líši vyvinutosťou, dedičnými dispozíciami, rozvojom komunikačných zručností, výchovou v rodine, ale i spôsobom akým je realizovaná a trébovaná. Jej cieľom je účinne a čo najefektívnejšie niečo oznámiť, zistiť, pobaviť, presvedčiť či odradiť. Vždy prebieha v určitom čase a prostredí, v jedinečných neopakovateľných situáciách a má prevažne dialogický charakter. Ľudská bytosť a komunikácia k sebe prirodzené a neoddeliteľne patria.

Človek myslí, cíti a vyjadruje to navonok: vždy neverbálne a verbálne. Komunikovať v bežnom sociálnom styku a komunikovať s pacientom je veľký rozdiel. Zdravotnícky pracovník, ktorý je za bežných okolností komunikatívny, nemusí ovládať ako správne hovoriť s pacientom, pretože komunikácia v zdravotníctve musí, byť rozvíjaná na profesionálnej úrovni. Komunikačné zručnosti predstavujú neoddeliteľnú súčasť výkonu sesterskej profesie, a to ako z odborného, tak z etického pohľadu (Ptáček, 2011). Sociálna komunikácia tvorí základ akejkoľvek ošetrovateľskej starostlivosti a v rámci sesterskej profesie vyžaduje zvláštne zručnosti, ktoré sa následne odrážajú v kvalite vzájomného vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a chorým človekom (Zacharová, 2013). Každé slovo je originálom, ktorý musí, byť použitý vo vzťahu k individuálnym zvláštnostiam a citovému stavu pacientov v rôznych situáciách. Nevhodným slovom môžeme uškodiť, naopak uvážlivé využívanie slov dokáže pacientov povzbudiť. Nesmieme zabúdať, že komunikácia medzi ľuďmi je proces silný, zložitý, ale súčasne krehký (Fecková, 2011). Komunikácia v zdravotníctve je v mnohých smeroch špecifická. Ide o výmenu informácií týkajúcich sa zdravia a choroby, ošetrovateľskej starostlivosti, pričom sestra aj pacient sú zároveň vysielateľom aj prijímateľom informácií.

## **1 KOMUNIKAČNÉ BARIÉRY**

Za komunikačnú bariéru môžeme považovať všetko, čo bráni správnej a efektívnej komunikácii. Z tohto pohľadu môže byť šum komunikácie pôvodu mechanického, fyzikálneho (hluk, nevhodná teplota vzduchu, zlé osvetlenie), psychického (vzťah k hovoriacemu, emočné a mentálne vzťahy, únava, intelligenčná úroveň) či fyzického (nedoslýchavosť, nevidomosť, bolesť). Pôvodcom šumu v komunikácii môže byť rovnako tak prostredie, ako i účastníci komunikácie, dokonca i téma rozhovoru. Je na hovoriacich, aby odstránili čo najviac rušivých

šumov. Bežne komunikujeme bezprostredne bez toho, aby sme si zložitost' svojho vzájomného dorozumievania uvedomovali. Zmena nastáva v situáciách pre nás niečím výnimočných, kedy si uvedomíme, aké ťažké je niekedy nájsť vhodné slovo, gesto či úsmev (Linhartová, 2007). Ďalšie faktory, ktoré vstupujú do komunikačného procesu je súčasný komunikačný kontext, minulé skúsenosti, postoje ľudí a ich hodnotová orientácia, kultúrne návyky a mnoho ďalších. Komunikačné šumy a nedostatočná spätná väzba sú často príčinou nedorozumení a konfliktov medzi ľuďmi (Quisová, 2009). Podľa Vymětal (2008) pod pojmom komunikačné bariéry rozumieme prekážky, ktoré musia byť pri komunikácii prekonávané, alebo ktoré uskutočneniu komunikácie bránia. Jednou z hlavných príčin vzniku bariér v komunikácii je osobná individuálna vybavenosť odosielateľa alebo príjemcu. Komunikačné zručnosti, ale i prekážky môžu do rozhovoru vnášať ako pacienti, tak i sestry. Práve sestry by mali byť tým, kto rozhovor dovedie k vzájomnej kooperácii a zvládnu komunikovať s akýmkoľvek pacientom (Venglářová, Mahrová, 2006).

Vymětal (2008) uvádza, že medzi hlavné komunikačné bariéry patrí: nadmerná a neadekvátna komunikácia; nesprávne kódovanie alebo dekódovanie oznámení; voľba nevhodného komunikačného média; zlyhanie spätnej väzby – chýba istota, či bolo povedané správne pochopene a interpretované; nevhodný slovník – používanie slangu, žargónu, špecializované termíny, latinské výrazy; nesprávne, čiastočné alebo neadekvátne informácie; rozdiely medzi ľuďmi – rôzne interpretácie povedaného, líšiace sa vzhľadom k veku, vzdelaniu, pohlaviu, kultúre, pôvodu, jazyku i povahe komunikátorov; rozdiely v postavení; konflikty medzi jednotlivcami – emocionálny blok, vplyv minulých negatívnych skúsenosti; individuálne sklony - príjemca vidí a počuje len to čo chce, skákanie do reči, nepripravenosť na komunikáciu, nesústredenosť, stereotypizácia partnera; verbálne schopnosti – problémy s formulovaním myšlienok; obavy z nepríjemnosti a neúspechu – skresľovanie pravdivých informácií; nenaslúchanie; inkongruencia; emocionálne a psychologické bloky – zlosť, neúcta, povýšenectvo, antipatia, vekový rozdiel, uzavretosť; fyziologické vplyvy – únava, bolesť, choroba; fyziologické nepohodlie; rušenie treťou osobou; hluk, rozptyľovanie; manipulovanie; poučovanie – vyvoláva pocit poníženia a nechúť komunikovať; vyhrážanie – výsledkom býva zablokovaná komunikácia; uzavreté otázky; zosmiešňovanie – vedie k trvalejšej komunikačnej bariére; kultúrne problémy.

Quisová (2009) definuje komunikačné prekážky:

- *na úrovni vysieláča*: zle premyslený nápad alebo myšlienka, nevyhovujúca slovná zásoba, vyčerpanie alebo choroba, chyby vo výslovnosti, nevhodný výber kódovania,
- *na úrovni komunikačného kanálu*: veľká vzdialenosť medzi komunikujúcimi, hluk, rušivé pôsobenie iných ľudí či zvoniaci telefón, ale tiež aj nevyvetraná miestnosť,
- *na úrovni prijímača*: pacient má zhoršený sluch, počúva rádio alebo si nás nechce teraz vypočuť, nevyhovujúci fyzický stav – bolí ho hlava, je unavený, nerozumie slovensky.

*Prevenčia*: zodpovedne si premyslieť, čo chcem pacientovi oznámiť, byť oddýchnutý, v prípade choroby sestry či pacienta presunúť komunikáciu na vhodnejšiu dobu, zvoliť kódovanie primerané možnostiam pacienta a rešpektovať jeho intelektuálne možnosti, vyvetrať, zabezpečiť súkromie a vhodné miesto na rozhovor (poprosiť ostatných pacientov či návštevy o opustenie izby), ak je to možné vypnúť si telefón, nerozptyľovať sa súkromnými hovormi, motivovať pacienta inej kultúry k rozhovoru a overiť si správne pochopenie spätnou väzbou.

## **1.1 KOMUNIKAČNÉ BARIÉRY NA STRANE SESTRY**

So slovami čiže s verbálnou komunikáciou to niekedy môže byť komplikované, pretože nesprávne použité slová môžu byť príčinou najrôznejších nedorozumení a komunikačných problémov.

Najčastejšie sa vyskytujúce chyby v komunikácií sestier s pacientom inej kultúry sú:

- neusporiadané myšlienky pred začatím komunikácie,
- chybné, nepresné a mylné vyjadrovanie,
- chaotická komunikácia – príliš veľa informácií, často pre pacienta i nepodstatných a zbytočných, ktoré nemajú vzájomnú logiku,
- veľké množstvo informácií povedaných naraz – vychrlenými informáciami pacienta úplne zahltíme a ten si potom z povedaného skoro nič nezapamätá,
- nevnímanie reakcií a prejavov pacienta na povedané môže spôsobiť, že sa nesplní cieľ rozhovoru.

Výber slov musí, byť veľmi opatrný. Pri komunikácií s pacientom inej kultúry je vhodné vyhýbať sa nejednoznačným slovám a slovným spojeniam, zdravotníckemu slangu a tiež aj vysoko odbornej terminológií (Špatenková, Králová, 2009). Zacharová, Hermanová, Šrámková



(2007) popisujú, že komunikačné bariéry medzi lekárom, sestrou a pacientom inej kultúry pramenia z rozdielnosti jazykov, z používania odbornej terminológie, z rozdielneho vzdelania, odlišnej sociálnej vrstvy, z ktorých pochádzajú, kultúry, rozdiely v životných hodnotách a rôznej skúsenosti s chorobou.

Viacere odborné publikácie (Venglářová, 2007; Pokorná, 2010; O'Connor, 2005.) sa vyjadrujú k rôznym komunikačným bariéram zo strany sestier, vyberáme niektoré z nich: obviňovanie a kritika pacientov; podceňovanie pacientov pri rozhovore; stereotypizácia; nevhodný humor až irónia; porovnávanie pacienta inej kultúry s inými pacientmi alebo so sebou samým; vyrušovanie sa súkromnými telefonátmi – zhoršuje to pozornosť a sústredenie sa na rozhovor; netrzeplivosť; domýšľanie si - nedodržanie zásad aktívneho počúvania; polemizovanie; klamstvo; prikazovanie; etiketizácia – dávanie nálepiek pacientom; skákanie do reči; nedostatok času na komunikáciu, používanie zdobnenín; strach a vyhýbanie sa vážnym témam ako je smrť a umieranie, nevyliciteľná choroba; označenie „neoblíbený pacient“; „baby talk“; nursing speak – výnimočný tzv. ošetrovateľský žargón.

Venglářová, Mahrová (2006) definujú brzdiace sily rozhovoru takto: strach; namyslenosť; pochybnosti o sebe i o druhých; snaha ovládnuť druhého; odlišne chápanie významu používaných slov; nadmerné očakávania; unáhlenosť; túžba odlíšiť sa; nezrelá osobnosť. Ak sa vyskytnú nasledujúce charakteristiky, rozhovor sa neuskutoční alebo neprebíha smerom k spolupráci medzi sestrou a pacientom.

## **1.2 EFEKTÍVNA KOMUNIKÁCIA MEDZI SESTROU A PACIENTOM INEJ KULTURY**

Komunikácia s pacientom je nielen veda, ale i veľké umenie zdravotníckeho personálu. Umenie komunikovať a dar aktívneho počúvania nemajú všetci zdravotníci rovnaký. Efektívna komunikácia s pacientom inej kultúry vyžaduje nielen aktívne počúvanie, ale i primerane reagovanie. Sestra môže byť schopná veľmi dobrého empatického prístupu k pacientovi, ale ak jej reakcie nie sú najvhodnejšie, komunikácia je neefektívna (Špatenková, Králová, 2009). Neadekvátne vedená komunikácia, zlý výber slov, nedôvera medzi pacientom a zdravotníckym personálom môžu mať vplyv na psychiku chorého a vyvolať až psychickú iatropatogéniu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Je známe, že účinná komunikácia blahodarne pôsobí na priebeh väčšiny telesných ochorení. Pri niektorých chorobách je komunikácií

pripisovaný rozhodujúci vplyv na stabilizáciu stavu pacienta (Vybíral, 2005). Komunikácia s pacientom by na jednej strane mala byť odborná, ale zároveň je táto komunikácia komplikovaná a náročná. Obzvlášť náročná býva komunikácia s pacientom cudzincom. Rola sestry v komunikácii s pacientom je zásadná a nezastupiteľná, pretože sestra sa stáva neoddeliteľnou súčasťou života pacienta, trávi s ním najviac času a je zasväcovaná do jeho osobných záležitostí (Divecká, 2013). Rozhovor zdravotníckych pracovníkov s pacientom inej kultúry je do značnej miery technickou zručnosťou. O to viac je potrebné si uvedomiť, že neoddeliteľnou súčasťou akéhokoľvek rozhovoru je prejavovať primeraný záujem o pacienta cudzinca ako o osobu a prejavovať patričnú empatiu (Ptáček, 2011).

Schopnosť dobre a efektívne komunikovať s pacientom by mala patriť k najdôležitejším schopnostiam každého zdravotníka (Beňo, 2012). Kvalitu komunikácie medzi ľuďmi jednej kultúry a medzi ľuďmi rôznych kultúr ovplyvňujú tieto faktory: komunikačné zručnosti; kultúrne vplyvy; aktívne počúvanie; umenie kriticky myslieť; moc; etika (Nováková, 2008).

K dosiahnutiu kvalitnej obojstrannej komunikácie medzi sestrou a pacientom inej kultúry je potrebné rešpektovať tieto požiadavky: schopnosť empatie – umenie vcítiť sa do toho čo náš pacient práve teraz prežíva, ako hodnotí seba, aký je jeho vzťah k chorobe, ako ju vníma ...; individuálny prístup – aktívne prispôsobenie správania sestry zvláštnostiam pacienta, poznanie individuálnych potrieb každého pacienta a reagovať na nich; úcta k človeku – vážiť si každého pacienta bez rozdielu, rešpektovať jeho práva a potreby, je to základný princíp vysoko humánnej ošetrovateľskej starostlivosti; pozitívny vzťah k pacientovi inej kultúry (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Umenie vcítiť sa do toho druhého, vcítiť sa do pocitov a prežívania našich pacientov robí zázraky, niekedy stačí málo, napr. vhodne využiť kúzlo slova a úsmevu. Slovo je kúzlo, slovo je dar, nebeská zbraň (Šípková, 2011). Základným predpokladom úspechu efektívnej komunikácie v nemocničnej starostlivosti s následným navodením celkovej pohody sú primerané a zrozumiteľne podané informácie s dôrazom na kvalitu a kvantitu poskytnutých informácií pacientovi cudzincovi. (Groligová, 2012)

### **1.3 ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE SESTRY A PACIENTA INEJ KULTURY**

Špecifickou záležitosťou interkultúrnej komunikácie je aj spôsob osločovania. U jednotlivých národov sa uplatňuje vyššia či nižšia miera formálnosti a oficiálnosti v oslovovaní. Napríklad

mnohí cudzinci nechápu náš spôsob formálneho oslovenia prejavujúci sa nadmerným užívaním titulov (bežné aj v Českej republike, Rakúsku, Nemecku, Poľsku, Maďarsku). Naproti tomu v Škandinávii je oslovenie veľmi prosté, tituly sa nepoužívajú (Průcha, 2004). Pri komunikácii s pacientmi cudzincami je ideálna jazyková vybavenosť a možnosť dohovoriť sa totožným jazykom. Ak nie sme náležite jazykovo vybavení, je potrebné postupovať v pokoji. Sestry si musia uvedomiť, že pacient je v neprirodzenej situácii, v cudzom prostredí, cíti sa viac či menej ohrozený, môže mať bolesti, trápia ho neistota a strach. Veľký význam pre nich majú informácie získane z prvých okamihov našej neverbálnej komunikácie s nimi a zo spôsobu nášho správania k nim (Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006). Pri ošetrovaní pacienta inej kultúry by mali sestry hľadať alternatívne spôsoby komunikácie – piktogramy, obrázky, slovník, pantomímu, používať primerané gestá, názorné prevedenie. Aj napriek veľkému úsiliu na oboch stranách nemusí byť vzájomná komunikácia zmysluplná. Viaznuca komunikácia s pacientom cudzincom môže byť zdrojom negatívnych pocitov, frustrácie, hnevu a bezmocnosti, môže vyvolávať pocity vlastného zlyhania a neuspokojenia z práce. V niektorých prípadoch je vhodné využiť služby tlmočníka (Špatenková, Králová, 2009). Tlmočník je neoceniteľný pomocník, ak zdravotnícky personál nepozná jazyk, ktorým pacient cudzinec hovorí. Pacienti často s tlmočníkom už do nemocnice priamo prichádzajú, alebo majú u seba na tlmočníka aspoň telefonický kontakt (Saadouni, 2008). Kompetentní tlmočník nám vie poskytnúť okrem tlmočenia aj informácie o danej kultúre a kultúrnych odlišnostiach, ktoré môžu mať vplyv na pacientove potreby ohľadne zdravotnej starostlivosti. Využitie rodinných príslušníkov ako tlmočníkov, sa môže v danom momente zdať ako najrýchlejšie a najjednoduchšie riešenie. Nesmieme však zabúdať a podceňovať možné rizika, ktoré z toho vyplývajú, ako napr. skreslený preklad, príbuzný nepreloží všetko či zámerne zamlčanie informácií (Špatenková, Králová, 2009).

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti cudzincom je založené na zohľadnení pacientových etnických a kultúrnych hodnotách, názoroch a praktikách, ktoré sa vzťahujú k vlastnému zdraviu a k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. Sesterské ošetrovateľské vstupné posúdenie je prvým krokom, ktorý zahŕňa starostlivý zber informácií o pacientovi a jeho cieľom je zistiť rozdiely v kultúrnych zvyklostiach súvisiace so zdravotnou starostlivosťou (Plevová a kol., 2011).

Povinnosť patričnej komunikácie s pacientmi inej kultúry zo strany lekárov, sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov je daná zákonom, ale i Dohovorom o ľudských právach a biomedicíne (Mach, Prošková, 2011). Uspokojovanie potrieb pacientov je individuálne

a úzko súvisí s kvalitou života jednotlivca. Pri neuspokojení potrieb dochádza k napätiu, podráždenosti až nepohode. Sestry ako najpočetnejšia skupina máme za úlohu mnohokrát prevziať od pacientov ich role a zaistiť ich tak, aby pacient netrpel nedostatkom. Sestra by mala byť pacientovi inej kultúry čo najviac nablízku a zaujímať sa o účinky intervencií. Mala by vedieť pacientovi načúvať, hovoriť s ním, komunikovať tichom, ale aj umožniť mu kontakt s rodinou. Sestra má pacienta rešpektovať, má mu zaistiť dostatok súkromia a dostatok priestoru na vyjadrenie svojich názorov. Dôležité je vytvorenie kladného a dôveryhodného vzťahu medzi sestrou a pacientom (Koukalová, 2006)

## **ZÁVER**

V dnešnom svete pravdepodobne už nenájdeme miesto, ktoré by bola homogénne, pretože spoločnosť je výsledok zmesi rôznych kultúr. Migrácia sa preto stáva súčasným problémom našej spoločnosti ako aj celosvetovým problémom. Po otvorení hraníc v roku 1989, s rýchlejšim ekonomickým rozvojom niektorých krajín, s ponukou pracovných miest či študijných pobytov stúpa počet cudzincov v Českej i v Slovenskej Republike. S chorobou či poranením prichádza nutnosť ich ošetrovania či hospitalizácie. To so sebou prináša okrem iného i problémy s komunikáciou a kultúrnymi odlišnosťami. Zdravotnícky systém by mal byť na takéto situácie pripravený. Sestry reprezentujú najväčšiu profesnú skupinu pôsobiacu v ošetrovatelstve, stoja po boku pacientov tesnejšie, než ktorýkoľvek iný zdravotnícky pracovník. Preto by mali každého pacienta vnímať ako bio-psycho-sociálnu bytosť a rešpektovať jeho individualitu a odlišnosti.

## ZDROJE

BEŇO, P., 2015. Recenze: Komunikace se sluchově postiženými. *Sestra*, **6**(22) ISSN 1210-0404.

DIVECKÁ, E., 2013. Komunikace s pacientem s depresivní epizodou. *Sestra*, **2**(23) ISSN 1210-0404.

FECKOVÁ, M., 2011. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. *Sestra*, **21**(9), 24-25. ISSN 1210-0404.

GROLIGOVÁ, L., 2012. Komunikace s handicapovanými dětmi v nemocniční péči. *Sestra*, **22**(7-8), 31-32. ISSN 1210-0404.

KOUKALOVÁ, S., 2006. Zápisky zdravotní sestřičky. [online].[cit. 2022-11-05].

LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MACH, J., PROŠKOVÁ, E., 2011. Právní aspekty komunikace v lékařské praxi. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2, s. 447-470.

NOVÁKOVÁ, I., 2008. *Kapitoly z multikulturního ošetřovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7. 77

O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-2473271-8.

PRŮCHA, J. 2004. *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál. 2004. 200 s. ISBN 80-7178-885-6.

PRŮCHA, J. 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

PTÁČEK, R., 2011. Význam komunikace v medicíně. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247- 3976-2, s. 37-50.

PTÁČEK, R., 2011. Komunikační dovednosti v medicíně. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80- 247-3976-2, s. 59-70.

QUISOVÁ, S., 2009. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská univerzita v Opave, Fakulta veřejných politik v Opave. 74 s. ISBN 978-80-7248- 551-2.

SADOUNI, Š. 2008. Multikulturní péče je především o úctě k člověku. [online].[ citované 2022-11-05].

ŠÍPKOVÁ, J., 2011. O komunikaci a prestiži. *Sestra*, **21**(9), 6-7. ISSN 1210-0404.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 2009. 136 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247- 1213-X.

TUTKOVÁ, J., 2007. Komunikace sestra-pacient. *Sestra*, 1(17), 58. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247- 2068-5.

ZACHAROVÁ, E., 2013. Zvláštnosti v komunikaci se seniory. *Sestra*, **23**(6), 27-28. ISSN 1210-0404.

## **KONTAKT**

**Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD**

Katedra predprimárnej a primárnej pedagogiky

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Račianska 59, 813 34 Bratislava

e-mail: [veronika.mazalanova@uniba.sk](mailto:veronika.mazalanova@uniba.sk)

**doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.**

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky,

LF UK Bratislava Špitálska 24, 813 72 Bratislava

e-mail: [annamazalanova@gmail.com](mailto:annamazalanova@gmail.com)

# PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY MULTIKULTURNÍ INTERAKCE

JANSA, E.

Perspektiva multikulturního soužití je stále viditelnější, což vede v nejrůznějších oborech k prohloubení uvědomělého přístupu ke klientům, studentům, ve zdravotnictví pak k pacientům s odlišným kulturním zázemím nebo i jazykové bariéře. Tento trend se projevuje v celoevropském společenském (kulturním) prostředí a je umocněn geopolitickým vývojem v mnoha regionech nepříliš vzdálených Evropě.

Samozřejmě je každý krok směřující k pochopení jiných kultur chvályhodný, nicméně z toho vyplývají i určitá, stěží postihnutelná nebezpečí. Nelze se jen jednoduše rozhodnout, že se vzdáte jakýchkoliv předsudků vůči pacientům (klientům) s jiným kulturním zázemím a začnete se chovat podle toho.

Určitým rizikem je, že přílišný důraz kladený sice v dobrém úmyslu na všestranný vstřícný přístup může vést i k tomu, že zastíní skutečnost, že jednáme s člověkem jako takovým, se všemi jeho dobrými, ale případně i špatnými vlastnostmi. Z interakce s lidmi jiného původu se pak vytrácí nezáujatost, a vede to k přehnanému tlaku jednat „jinak“.

Při pouhém pochopení interkulturního přístupu tak hrozí nebezpečí, že se napětí při interakci díky přehnané snaze o pochopení druhého jen zvýší. Pro odpovídající interakci s lidmi s odlišným kulturním původem je nutná tzv. „průřezová“ kompetence, která v sobě spojuje různé sociální prvky chování, které jsou ovšem přínosné i v běžných mezilidských vztazích. Pokud se soustředíme na oblast zdravotnictví, je nutné se tak k pacientům chovat sice empaticky a tolerantně s ohledem na jejich původ, ale přesto autenticky bez nebezpečí, že se vytratí cíl naší interakce.

Výše uvedené v podstatě naznačuje, proč se v literatuře dosud nevyskytuje definice transkulturní kompetence, odborníci se spíše zaměřují na výčet aspektů a jednotlivých kompetencí, které jsou při interakci s jiným kulturním prostředím zásadní nebo alespoň podpůrné.

Je nutno také vzít v úvahu, že ani jakákoliv „cizí“ kultura není jakýsi stabilní útvar, který by nám umožňoval jednorázové seznámení, ale obsahuje nejrůznější varianty, projevy, formy



i pravidla, která se liší i v jejich sociální podobě. Nezapomínejme také, že i tyto kultury, stejně jako naše, se vyvíjejí a procházejí proměnami, které nám – protože nejsme jejich součástí – unikají. Také z tohoto důvodu musíme v přístupu k pacientům s jiným kulturním původem zůstat otevření a v komunikaci se snažit partnera poznat v jeho individualitě. Dále jde o to, vnímané rozdíly nejen tolerovat a akceptovat, ale vážit si jich i jako zdroje pro naše další obohacení, který nám umožňuje rozvíjet dále naše kompetence při postojích k „cizímu“. Náš vnitřní pohled v tomto směru, mnohdy nevědomky ovlivněný různými předsudky nebo většinovým postojem společnosti, je takto možné přezkoumat a měnit v souladu se zažitou skutečností.

Předpokladem je ale ochota ke změně vnitřního postoje, což je jeden z klíčových faktorů pro rozvoj interkulturní kompetence. Jsme ochotni „zapátrat“ uvnitř naší osobnosti, zda jsme připraveni změnit i dlouholeté zakořeněné názory? Nezapomínejme, že je studiemi potvrzenou lidskou vlastností, že v každodenním životě hledáme neustále potvrzení pro naše předsudky a stereotypy a přehlízíme fakta, která by je vyvracela, případně je dokonce interpretujeme tak, aby tyto předsudky a stereotypy potvrzovala. Pro změnu v postoji je příznačná zvědavost a kulturní otevřenost. Pokrok lze měřit právě na zvýšení upřímně míněného zájmu o pacienta a kulturní prostředí, ze kterého náš komunikační partner pochází a naopak snížení patologizace projevů jeho kultury a potřeby měnit jeho hodnoty. (Kakar, S., 2014, str. 25).

V případě ochoty postavit se kriticky k vlastním předsudkům a stereotypům může pomoci i externí profesionální couch, jež navíc může usměrnit i emocionální zátěž a z ní vyplývající vyčerpání, které se beze sporu při interakci s cizí kulturou objevuje. Už z důvodu této zátěže by tedy bylo prospěšné, přistupovat k pacientům s jiným kulturním původem pokud možno ve stavu emocionální stability. V tomto ohledu je nutno ještě důsledněji dbát na své vnitřní zdroje.

Zásadní je v ohledu přístupu k pacientům s cizím kulturním zázemím „kontaktní hypotéza“, kterou v roce 1954 zveřejnil Gordon Allport. Uvádí v ní, že se případné předsudky odbourávají v největší míře u lidí, kteří se dostanou do přímého kontaktu s „objektem“ těchto předsudků. Jde o kontakt člověka s člověkem, jeho poznáním a pochopením. K pozitivnímu efektu takového kontaktu patří i zjištění společných stránek, které posilují vzájemný kladný vztah.

Pokud bychom tedy chtěli závěrem shrnout, jak postupovat v případě setkání s klientem pocházejícím z jiného kulturního prostředí, odpověď je sice jednoduchá, ale ve své jednoduchosti velmi komplexní: Interakce vyžaduje zralou osobnost, především otevřenou mysl a ochotu usilovat o zlepšení sebe sama, umění jednat s každým člověkem s náležitým

ohledem a bez předsudků, sebedůvěru, empatii a rozhodnost – abychom jmenovali pouze několik z kritérií (dle Langmaier, Krejčířová, 1998, str. 162-163), která ovšem hrají zásadní roli i v komunikaci v běžném životě.

## **ZDROJE**

ALLPORT, G., 1955. *The Nature of Prejudice*. Cambridge, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.,

CAVE, P., 2009. *Humanism: A Beginner's Guide*. New York: Simon and Schuster.

COHEN, J. 1958. *Humanistic Psychology*. Sydney: Allen & Unwin.

FUCHS, A., 2022. *Transkulturelle Herausforderungen meistern*. Hamburg: Rowohlt Verlag

KAKAR, S., 2014. *A Book of Memory*. London: Penguin Random House.

LANGMAJER, J. K., 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

SCHULZ von THUN F., 1998. *Miteinander reden 3. Das "Innere Team" und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.

## **KONTAKT**

**Mgr. Eva Jansa, MBA**

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

e-mail: [jansa@vszdrav.cz](mailto:jansa@vszdrav.cz)

**UPOZORNĚNÍ: AUTOŘI JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA JAZYKOVOU I OBSAHOVOU  
STRÁNKU PŘÍSPĚVKŮ**

**Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje**

**Recenzenti**

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Ing. Soňa Jexová, PhD., Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**Editor**

Mgr. Iveta Turečková, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

**Vydavatel:**

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

IČ: 27235530

Praha, 2022

1. vydání

67 s.

ISBN 978-80-88249-23-8



978-80-88249-23-8