

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Kateřina Kravcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kateřina Kravcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ
V MUSLIMSKÝCH ZEMÍCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 28. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Hurtové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji nemocnici Security Forces Hospital in Riyadh za poskytnutí prostoru pro výzkum a v neposlední řadě svým respondentům za důležité informace pro mou práci.

Anotace

Příjmení a jméno: Kravcová Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetřovatelské péče o nemocné v muslimských zemích

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: Transkulturní ošetřovatelství, etické aspekty transkulturní péče, kulturní šok, Saudská Arábie, kulturně shodná péče, etnicita, komunikace v transkulturní péči, multikulturní tým

Souhrn:

Bakalářská práce z prostředí poskytování péče v Saudské Arábii, muslimské země, má dvě části, teoretickou a praktickou část. Je zaměřena na specifika ošetřování nemocných v rozdílném kulturním prostředí, na nemocné s muslimským vyznáním, na jejich zvyky, potřeby a schopnosti péči přijmout. Teoretická část se zabývá transkulturním ošetřovatelstvím a jeho aspekty, etickými požadavky, komunikací v multikulturním týmu a s nemocnými se specifickými požadavky. Jsou zde vyjmenovány muslimské země a jejich stručná charakteristika. Dále představuje historii nemocnice Security Forces Hospital, její zaměření a práva nemocných. Praktická část je výzkumným souborem rozhovorů s ošetřujícím personálem v Saudské Arábii pracujícím. Tématem rozhovorů je problematika nově příchozích zaměstnanců, specifika dorozumívání s lékařským a ošetřovatelským týmem, kvalita poskytované péče, ochrana nemocných a náročnost ošetřovatelské práce. Práce objasňuje zvláštnosti péče na jednotkách intenzivní péče, pohled druhé strany multikulturního týmu a v neposlední řadě se rozhovory prolíná diference potřeb nemocných a jejich rodin.

Annotation

Surname and name: Kravcová Kateřina

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The specifics of nursing care of patients in muslims countries

Consultant: Mgr. Hurtová Jitka

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered (tables, graphs):17

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 29

Keywords: Transcultural nursing, ethic aspects, cultural shock, Saudi Arabia, cultural concidence care, ethnics, communication, multicultural nursing team

Summary:

My bachelor thesis is from the environment of nursing care in Saudi Arabia, which is muslim country. The thesis has two parts, theoretic and practic. It si focused on specific factors of nursing care of patient in different cultural place, on the patients with muslim faith, on their customs, needs a abilities to accept the nursing care. Theoretic part is also about transcultural nursing and its aspects, ethic needs, communication in multicultural nursin team, and communication with patients. There are appointed muslims‘ countries and theirs short characteristic, presented of Saudi Arabia’s Security Forces Hospital’s history, it’s orientation and patients‘ rights a responsibilities. The practic part is summary research of interview with nursing team working there. The topics of the interview are about matters of new workers, specifics of communication between physician and nursing team, patient’s safety, and severity of nursing work. My thesis clarifies speciality of nursing care in intensive care units, focus from other side of multicultural team and discribes differences in patient’s and familie’s needs.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	15
1.1 Význam transkulturního ošetřovatelství	15
1.2 Transkulturní výchova	16
1.2.1 Význam transkulturní výchovy	16
1.2.2 Etnicita a etnické vědomí	17
1.3 Kultura	18
1.3.1 Stereotypy a předsudky	18
1.4 Základy transkulturní péče.....	19
1.4.1 Komunikace v transkulturní péči.....	19
1.4.2 Čas v transkulturní péči	19
1.4.3 Prostor v transkulturní péči.....	20
1.4.4 Struktura společnosti v transkulturní péči	20
1.4.5 Náboženství v transkulturní péči	21
1.4.6 Strava	21
1.4.7 Oslavy a tradiční svátky	21
1.5 Kulturní vědomosti a uvědomění.....	21
1.6 Typ ošetřujícího profesionála v transkulturní péči.....	22
1.7 Profesionální rizika	23
1.7.1 Kulturní šok	23
1.7.2 Syndrom vyhoření	24
1.7.3 Kulturní bolest	24
2 ETICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ TRANSKULTURNÍ PÉČE	26
2.1 Etika.....	26
2.1.1 Morální problém v transkulturní péči.....	26
2.1.2 Etický kodex ošetřovatelství.....	26
2.2 Etická odpovědnost a povinnosti sestry	27
2.2.1 Obhajoba.....	27
2.2.2 Respekt	27
2.2.3 Odpovědnost a povinnost	27
2.3 Princip pečování	28
2.3.1 Péče a starání se.....	28
2.3.2 Kulturní péče	28
2.4 Základní etické principy v transkulturním ošetřovatelství.....	29
2.5 Konflikt hodnot.....	29

2.5.1	Vznik hodnot	30
2.5.2	Hodnotový systém klienta	31
2.5.3	Korán a Tradice	31
3	SPECIFIKA PÉČE O NEMOCNÉ V MUSLIMSKÝCH ZEMÍCH A V KSA	32
3.1	Specifika Islámu ve vztahu k potřebám nemocných	32
3.1.1	Stručně o Islámu	32
3.1.2	Muslimské země	32
3.1.3	5 pilířů Islámu v ošetrovatelské péči	33
3.2	Specifika komunikace v muslimských zemích	34
3.2.1	Ujasnění pojmu komunikace	34
3.2.2	Rozdělení komunikace	35
3.3	Verbální komunikace v multikulturním prostředí	35
3.3.1	Specifika verbální komunikace v muslimských zemích.....	35
3.4	Neverbální komunikace	37
3.4.1	Rozdělení neverbální komunikace	37
3.4.2	Specifika neverbální komunikace v muslimských zemích.....	37
4	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V SAUDSKÉ ARÁBII.....	40
4.1	Historie zdravotnictví v KSA	40
4.2	Pracovní povinnosti sester v KSA	40
4.2.1	Role sestry v ošetrování nemocných v KSA	41
4.2.2	Saudizace	41
4.2.3	Konkrétní specifika ošetrovatelské péče	42
4.3	Doprovázející osoba	43
4.3.1	Oprávnění, role a omezení a stanovení povinností pro opatrovníka klienta	43
4.3.2	Problematika doprovázející osoby	44
4.4	Překladatel	45
4.5	Saudští (muslimští) lékaři	45
	PRAKTICKÁ ČÁST	46
5	VÝZKUM V PRAXI V SAUDSKÉ ARÁBII	47
5.1	Cíl výzkumu.....	47
5.1.1	Dílčí cíle	47
5.1.2	Vysvětlení užitých pojmů	48
5.2	Základní výzkumné otázky	49
5.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	49
5.4	Způsob získávání informací.....	50
5.5	Výzkum – rozhovory	50
5.5.1	Respondent A.....	51

5.5.2	Respondent B.....	56
5.5.3	Respondent C.....	60
5.5.4	Respondent D	66
6	ANALÝZA ROZHOVORŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	72
7	DISKUZE	74
	ZÁVĚR.....	77
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM OBRÁZKŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

„Transkulturní péče je o úctě k člověku. Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí zdravotničtí pracovníci pochopit různé kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty, životní styl svých pacientů, aby byli schopni poskytnout kulturně uzpůsobenou, prospěšnou a profesionální péči.“ (Madeleine Leiningerová)

„Muslimovi se od jeho hříchu odečítá každé vysílení, nemoc, strach, smutek, křivda nebo hořkost.“ (7, str. 230)

Islám je monoteistické náboženství, nejmladší ze tří nejvýznamnějších směrů víry. V dnešní době se k Islámu hlásí 20% světové populace, je respektován v zemích západního světa a jeho praktikující věřící vytváří v zemích, kde žijí, významné muslimské společnosti.

Má bakalářská práce, respektive téma v této práci použité, je z velké části zaměřena na transkulturní ošetřovatelství, etické aspekty transkulturní péče a konkrétně na ošetřování nemocných v muslimských zemích. Z počátku jsem svou pozornost věnovala kulturní a náboženské odlišnosti ve vztahu k nemocným, kterým jsem poskytovala svou péči v Saudské Arábii, s předpokladem, že zjištění jsou aplikovatelná na nemocné ve většině muslimských zemích. Vzhledem k mezinárodní variabilitě ošetřovatelského personálu v saudskoarabských nemocnicích jsem si však všimla a do výzkumných otázek zahrнула i specifickou problematiku spolupráce s týmem zdravotníků z celého světa, neboť tento aspekt má na možnost poskytování a výslednou kvalitu ošetřovatelské péče nesporný vliv.

Výzkum je postaven na informacích z několika rozhovorů se zdravotníky z jednotlivých oborů a zpracovává otázku kulturní a náboženskou. Dále se zaměřuje na rodinnou problematiku, problematiku vzdělání a tradic nemocných, v kontextu se schopností komunikace a sdílení hodnot samotného zdravotníka při spolupráci na ošetřovatelském procesu s ostatními členy týmu.

Toto téma je dle mého názoru velmi aktuální z několika důvodů. Je mnoho z nás, kdo se vydáváme do muslimského světa mimo jiné s výhledem získání cenných profesních zkušeností v podmínkách naprosto odlišných od podmínek v našem zdravotnictví. Toto očekávání se velmi často naplní, v některých případech je však prvotní setkání s mnoha variantami odlišnosti výrazným šokem. Snažím se najít způsob, jak tento šok eliminovat,

a jsem přesvědčena, že informace v mé práci mohou na rozdíly v těchto zemích alespoň částečně připravit.

Dalším důvodem je fakt, že i v naší zemi se lze setkat s ošetřováním nemocného s muslimským vyznáním. Protože tradice této kultury jsou natolik silné, že nedodržení je pro mnoho muslimů naprosto nepřijatelné, měli bychom vědět, čemu budeme čelit. Nikdo z nás si nepřeje na pracovištích konflikty a já jsem přesvědčena, že potlačováním zvyků a přání nemocných konflikt v mnoha případech vyvolá. Proto zde uvádím pro nás překvapivá pravidla, zvyky a přání pacientů, a doufám, že mohou být při setkání tváří v tvář s nemocným muslimem přínosem.

Případné námitky, že v našem prostředí je věcí každého nemocného přizpůsobit se zavedeným pravidlům nejsou na místě, z hlediska transkulturní péče jsou naprosto neadekvátní. Nelze muslimům neumožnit například praktikování víry, zahalování vlasů a potřebu návštěv a soukromí. Nezakážeme jim ve svatém měsíci Ramadánu se postit. A nikdy jim nezabráníme provádět rituální očistu a nedonutíme je jíst vepřové maso. Jak důležité pro muslimy tato pravidla, ač trochu vytržena z kontextu, uvádí a snad i trochu vysvětluje má práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Význam transkulturního ošetřovatelství

Aspekt odlišnosti transkulturní ošetřovatelské péče řeší obor transkulturní ošetřovatelství. „*Již zhruba 20 let se ukazuje, že multikulturalismus a esenciální kulturní koncepce, které chápou kulturu jako homogenní, ohraničený celek, a také tendence pojímat její nositele za těžko adaptovatelné entity fungující na mechanických principech jsou nepoužitelné a zavádějící.*“ (1, str. 15)

Vzhledem k rozvoji globalizace, kdy dochází k velké migraci osob ať už za prací, studiem, nebo z důvodů válečných konfliktů je jasně viditelné, že jednotlivé světy života lidí jsou maximálně osobité a spletité.(1)

V současné době celosvětově existuje množství integračních programů, jež se snaží na základě funkčních vzorců dané společnosti začlenit minoritní kultury do systému státu tak, aby nedocházelo ke konfliktům, nepokojům, sociálním problémům a ona minoritní skupina neohrožovala většinovou společnost a většinová společnost neohrožovala onu minoritu. Každý osobní svět člověka je však postaven na jedinečném rodinném příběhu, jedinečných zážitcích, specifickém chápání vnějšího okolí a v neposlední řadě na bázi sociokulturní. Mnohokrát tak integrační programy nefungují, mnohokrát dochází k neshodám. Co když se ale role obrátí? Co když migranti jsou ti, kdo se zapojí do soukolí cizí země a vytváří systém, jež by v dané zemi bez nich nemohl existovat? Toto je příklad muslimských zemí, kde nejen systém zdravotnictví je postaven ve většině na osobách, jež jsou zde cizinci. Role jsou obrácené. Ale potřeba specifického přístupu trvá.

Pokud budeme mluvit o ošetřovatelské péči, sociokulturní pozadí je zde základním předpokladem k úspěšnému pochopení sociálních, kulturních a duchovních potřeb nemocného, jež v komplexnosti ošetřovatelské péče hrají významnou roli. Pokud je naším cílem pečovat o nemocného jako o celistvou lidskou bytost, tyto aspekty nemůžeme pominout ani v podmínkách našeho zdravotnictví. Pokud svou profesi vykonáváme v jiné zemi, v jiném sociokulturním prostředí, s odlišným vnímání materiálního i duchovního světa, je přijetí oněch rozdílů pro náš úspěch nejdůležitější.(1)

1.2 Transkulturní výchova

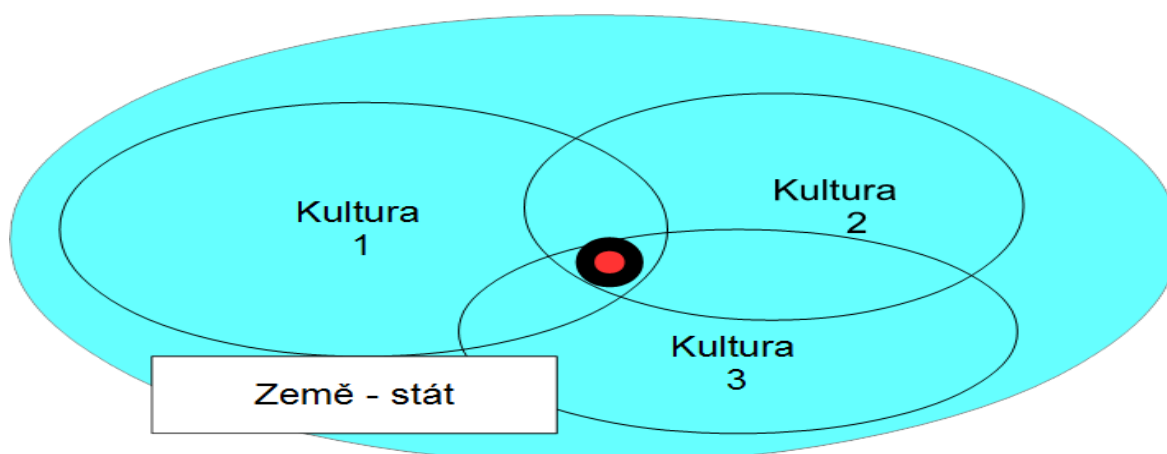
Jedná se o edukační činnost, jež má za cíl naučit lidi z různých etnik, ras a národů žít pospolu, společně se respektovat a spolupracovat. Chápat rozdíly v kulturní problematice, orientovat se ve specifické společnosti rozdílných hodnot, morálních principů a náboženských přesvědčení je však velmi složité. Alespoň základní multikulturní výchovou by měl projít každý, kdo se vydává do cizí země a bude vystaven nástrahám transkulturního ošetřovatelství. Doporučením je studovat ať už edukační, či například zábavnou formou zvyky, kulturu, náboženství a typické odlišnosti země, která bude jeho novým domovem. Cílem transkulturního ošetřovatelství v jeho komplexnosti je odhalit a použít nejpříjemnější způsob poskytování péče dle individuálních potřeb nemocného, poznat jeho kulturu, víru, zvyky, přesvědčení a názory. Jen tak je ošetřující osoba schopna zabezpečit holistickou péči v celé její šíři a kvalitě.(1, 8)

1.2.1 Význam transkulturní výchovy

Ačkoli by se mohlo na první pohled zdát, že duchovní život a přesvědčení klienta nemá žádný vliv na jeho fyzický stav a způsob prožívání nemoci, není to pravda, právě naopak. Je nesmírně důležité zabývat se podstatou duchovního života daného člověka. Mnohokrát jsou rituály, jež jeho víru doprovází, tak významné, že jejich omezení vyvolá u svěcené osoby velký vnitřní stres. Nejinak je to se samotnou komunikací. Přestože jsme schopni se s cizinci dorozumět pro obě strany známou řečí, naše jednání v průběhu sdělování informací se častokrát kulturně zcela odlišuje. Přijmout tento fakt je nezbytné a vždy je dobré eliminovat, a nejlépe odstranit jakýkoli despekt a naopak jednat s nefalšovaným respektem, projevovat starostlivost a schopnost přijmout neznáme ideje.

Transkulturní výchova je část vědecké disciplíny, jež je provázána s několika vědními směry, jedná se proto o transdisciplinární teorii. Zabývá se zjištěními o multikulturní skutečnosti nynější lidské společnosti a vytváří síť, jež je základnou pro teoretické poznatky, hypotézy a uskutečnění transkulturního vývoje. Je realizována edukační formou a pomáhá ke vzdělání v oblasti porozumění a kooperace mezi etnickými skupinami, národy, kulturními oblastmi a jednotlivými lidskými rasami. Naučit se pečovat o nemocné s odlišným sociokulturním zázemím si klade vysoké nároky na úsilí zdravotníka, ale zároveň může být úžasným zdrojem pocitu uspokojení z dobře odvedené práce. Pokud zdravotník uplatní své znalosti kulturních diferencí, dochází k uspokojení pro klienta častokrát základní potřeby a k jeho plné spokojenosti.(1)

Obrázek 1 Transkulturalismus (zdroj: 1. str. 15)



Transkulturalismus – zobrazení pojmu

1.2.2 Etnicita a etnické vědomí

Soustava vzájemných souvislostí kulturních aspektů, rasových rozdílů, lingvistických a územních odlišností, významných dějinných událostí historie a přesvědčení o rodových kořenech, jež se vzájemně ovlivňují, vytvářejí **etnické vědomí** a etnickou příslušnost jednotlivce. **Etnicita** je dále popisována jako soubor jedinečných vlastností či znaků určující etnikum, a souvisí s prvky dané kultury. „*Pokud má být cílem multikulturních přístupů poznávání a respektování jiných kultur než své vlastní, znamená to poznávat a respektovat jiná etnika – nositele těchto kultur.*“ (1, str. 20)

Dalšími pojmy v transkulturním přístupu jsou **etnická příslušnost** jako propojení člověka s etnickou společností, kdy roli hrají objektivní faktory, například teritoriální, a faktory subjektivní, například obyčej a názory. Uvědomění si vlastního etnického a společenského původu, významných historických osudů a postavení svého národa či rasy je nazýváno etnické vědomí a je ve výsledku totožné s pojmem **etnická identita**, známým v oblasti sociálních věd. Užitím pojmů, jež vymezují etnickou příslušnost, jakákoli narážka na původ, rasu, kulturu, náboženství a podobně, jež vyzní negativně, může mít zhoubný dopad na další vývoj nejen aktuální komunikace, ale i dalšího profesně úspěšného vztahu a je značně nevhodná. Ve své praxi transkulturního ošetřovatelství se můžeme setkat i s pojmem a hlavně projevy **etnocentrismu**, kdy ono vlastní etnické vědomí a vědomí etnické příslušnosti je postaveno nad další, odlišná etnika.

Paradigma etnocentrismu je považováno za jediné pravdivé, projevy jsou často fundamentální a postoje v podstatě egocentrické. S touto problematikou se lze potkat jak ze strany ošetřujícího personálu, tak i ze strany nemocného a rodiny. Vždy se jedná o komplikaci v komunikaci, a pokud jde o etnocentrismus ze strany klienta, je třeba rozlišit, jedná-li se o vědomí vlastní pravdy avšak toleranci rozdílné kultury a etnika, anebo o naprosté odmítání ostatních názorových a kulturních systémů.(1, 5, 6)

1.3 Kultura

*„Kultura představuje komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění, zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací). **Kulturou rozumíme sdílený způsob vnímání reality, myšlení, oceňování, chování.** Kultura není předávána geneticky a je výsledkem lidské činnosti (je tedy artefaktem).“*(1, str. 20)

V lidské kultuře je důležité používání symbolů ve vzájemné komunikaci. Podvolujeme své konání pravidlům a zvyklostem a díky kultuře vzniklým a respektovaným sítím významných institucí, jež mají vliv na obvyklé jednání lidí. Toto vše ve svém důsledku eliminuje komplikace, jimž jsou jednotlivé skupiny lidí zahlceny a zajišťuje tak přežití. Často se však z pouhé pomocné ruky pro překonávání komplikací stává tím, za čím se bez přemýšlení lidé ženou a ve jménu kultury a tradic jsou slepí k okolnímu světu. Díky tomu se původní pomocné zvyky a vzorce chování mohou přeměnit v rituály. *„Ritualismus je potom možno definovat jako standardizované jednání, založené na vnucených nebo tradičních pravidlech, které je nástrojem upevňujícím normativní uspořádání daného společenství.“*(1, str. 26)

V souvislosti s ošetrovatelským procesem a jeho specifiky je z hlediska kulturního ritualismu třeba říci, že například **neznalost** gest, jež lidé v dané kultuře běžně užívají, rituálů při setkání a loučení, užití dotyků, polibku, klanění se, hledění zpříma do očí, či jen prosté zdůraznění řečeného, je pro zdárnou komunikaci a tím zajištění kvalitní péče ošidné.

1.3.1 Stereotypy a předsudky

Ve vnímání odlišnosti kulturní podstaty společenských skupin často hrají roli stereotypy. Stereotypně podle určité naučené šablony hodnotíme či předem předpokládáme, jak se druhý zachová. Stereotypy nemusí být nutně negativní, spíše jsou tradičně zakořeněné a odlišná skutečnost může být překvapující. V zajetí stereotypů

škodíme sami sobě i svému okolí. Předpokládáme, že nás druhý zná, a naopak, hodnotíme podle nám známého ostatní.

Naproti tomu **předsudky** jsou často výsledkem negativních předpokladů, jedná se o pocitové odsuzování, předpojaté diskriminační soudy, aniž bychom měli osobní zkušenosti. Přestože jsme otevření tyto předsudky odhodit, při první zkušenosti, které nerozumíme, po nich sáhneme. Je nutné je zapomenout. Jedná se o tzv. berličky, které velmi jednoduše napomáhají zdolávat překážky v období stanovování vlastních názorů. Ale nejedná se o relevantní zdroj a už vůbec ne vlastní názor. Utvoření vlastního postoje je totiž velmi náročné, pokud jde opravdu o jedinečný osobní postoj. Proto mnohem častěji máme tendenci jednat dle zažitých stereotypů a trpíme nepodloženými předsudky.(1, 6)

V ošetrovatelské péči napříč kulturami je toto opět obrovským hendikepem a zapříčiňuje nepochopení, nesoulad v komunikaci a mnohdy osobní nepřátelství.

1.4 Základy transkulturní péče

Pro kvalitní transkulturní péči je nezbytné definovat konkrétní problémy, s nimiž se jako ošetřující personál setkáme. Členit bychom je mohli do několika kategorií.

1.4.1 Komunikace v transkulturní péči

V kategorii **komunikace** je důležité znát způsoby vhodného oslovení, zda se v daném jazyce a kultuře vyká, znát běžná i zapovězená témata k hovoru, zda je vhodné žertovat a případně jak a o čem., jakým způsobem se sděluje pravda a kdy a jak užívat služby tlumočnicka. V neposlední řadě je nutné mít základní znalosti o užití nonverbální komunikace, která je v mnoha kulturách naprosto odlišná. Je nezbytné vyvarovat se nevhodných gest a postojů, výrazů tváře a u svého protějšku, v tomto případě u nemocného, mimiku a posturologii správně identifikovat.

1.4.2 Čas v transkulturní péči

Z hlediska **času** může dojít v transkulturní péči k výrazným nedorozuměním. Odborná literatura (1) uvádí, že je důležité ujasnit si chápání časového rozpětí. V některých kulturách je hodina pouhých pět minut, čas se měří například modlitbami či východem a západem slunce a naše pojetí času je nelehké respektovat. Na druhou stranu pokud v těchto kulturách dotyčný člověk něco potřebuje, nejlépe to musí být ihned.

Z osobních zkušeností musím dát zapravdu i upozornění, že: „*Mnozí pacienti často výraz – nemám čas – těžko chápou.*“ (1, str. 26) V konkrétní péči o nemocné v muslimských zemích je tento výraz většinou nesrozumitelný, ať už zdravotník důvody, proč nelze ihned splnit přání klienta, předloží jakékoli. Často jej netolerují a nedokáží jej přijmout. O úskalí tohoto problému poskytnu více informací na následujících stranách.

1.4.3 Prostor v transkulturní péči

Prostor, respektive vhodná vzdálenost, je v ošetřování rovněž velmi citlivým tématem. Obzvláště lidská intimita a její dodržování je v mnoha kulturách tak zásadní, že její význam je stavěn před důkladné lékařské vyšetření.(1, 5, 8)

Všeobecně je třeba mít na paměti, že v muslimských zemích je nepřípustné, aby muž vyšetřoval ženu bez souhlasu manžela, otce, či bratra. Žena, pokud se necítí dobře a chce navštívit lékaře, musí muže ve své rodině požádat o svolení. Pokud již k prohlédnutí mužem – lékařem dojde, musí být přítomen někdo z rodiny, nebo ženský ošetřující personál. Přes všechna tato opatření jsou povolené jen určité partie těla, intimní místa je třeba složitě zahalovat. Paradoxně je lepší, pokud lékař je křesťan, prohlídka muslimským lékařem je pro muslimské ženy velmi stresující.(8)

1.4.4 Struktura společnosti v transkulturní péči

Pokud se zaměříme na **sociální organizaci**, strukturu rodinného klanu a role pohlaví, v transkulturní péči je tento aspekt velmi často zásadní a pro nás překvapující. Role rodiny, role muže a ženy v ošetřování, křížené role muž – žena, žena – muž v určitých situacích jsou naprosto odlišné, pro nás nepochopitelné a svým způsobem pobuřující. Toto je však vzájemné, jedinou cestou k přijetí oněch diferencí je opět ujasnění si pravidel, zvyků, vlastních stereotypních pocitů a zbavit se předsudků a zakořeněných diskriminačních postojů. (1, 8)

Struktura společnosti sama o sobě ovlivňuje vše výše zmíněné. Je důležité, kde ošetrovatelskou péči poskytujeme, zda se jedná o rozvinuté západní země, či rozvojové státy, kde kliniky jsou postaveny na nedotčené půdě. Přístrojové vybavení, standardy péče, erudice zdravotnického personálu, profesionalita a komplexnost péče samotné se samozřejmě od země, o které mluvíme, odvíjí.

1.4.5 Náboženství v transkulturní péči

Náboženství je v transkulturním ošetřovatelství kapitolou samo o sobě a míním se tomuto tématu více věnovat v dalších částech mé práce. Obecně však platí, že ve většině takto intenzivně nábožensky založených kultur je ona víra a její rituály naplní každého dne a možnost navštěvovat modlitby či modlitebny je povýšena nad cokoli jiného. Oblečení, jež doprovází konkrétní náboženské přesvědčení, je v zemích, kde je toto náboženství ústředním směrem, samozřejmě nejen povoleno, ale často přímo povinné. (1, 5, 8)

1.4.6 Strava

Dalším, v našich končinách překvapivě významným aspektem je **jídlo**. Překvapivě však pouze po tu chvíli, kdy si uvědomíme, že například v muslimských zemích je přímo trestné konzumovat vepřové maso. V asijských státech je posvátná kráva, což souvisí s náboženstvím, náboženství s kulturou, s tradicí, zvyklostmi a stereotypy. Pro kvalitní péči je toto vědomí opět nezbytné, neboť porušení tohoto ustanovení se v mnoha zemích hodnotí jako trestný čin. Muslimové navíc pohrdají těmi, kdo vepřové maso bez problému a s chutí konzumují. Důvod je však trochu úsměvný. V dřívějších dobách, kdy muslimové žili na hřbetech velbloudů v poušti, bylo prý sušení a skladování vepřového masa obtížné a maso bylo často napadeno červi. Proto onen zákaz zapsaný v Koránu. Jak jinak lidem vštípit postoj než přes „Svatou knihu“. Strava v muslimských zemích musí být **halal**. V Izraeli a u židovských komunit zase **košér**. (1, 8, 14)

1.4.7 Oslavy a tradiční svátky

S tradicí a náboženství, kulturou a stereotypy souvisí i **oslavy a tradiční svátky**. V našem pojetí zdravotnictví je například nepochopitelné, že bychom se jeden celý měsíc od východu do západu slunce postili. V nemocnicích v muslimských zemích je toto naprosto běžné a nemocnice jsou náležitě připraveny. V letním období Ramadánu je schopna nemocným připravit stravu v nočních hodinách, jídlo je plnohodnotné a změnu rutinní péče personál respektuje. V této době postního měsíce dokonce nemocní nesmí přijímat medikaci ústy. Perorální léčba se tedy upraví a podává v noci. (1, 8)

1.5 Kulturní vědomosti a uvědomění

Kulturní vědomosti získáváme aktivním nacházením a osvojováním si informací o odlišných kulturních společnostech a etnických skupinách. V ošetřovatelské péči se zaměřujeme především na informace o běžném životním stylu a kulturních hodnotách, nejčastějším výskytu nemocí a vlivu léčby na ně. Abychom získali a dokázali pracovat

s kulturními dovednostmi, je nutné být schopen **sebeanalýzy** pro pochopení i minimálních rozdílů. Pokud si nejsme vědomi své vlastní jedinečné osobitosti, hodnot, tradičních postojů a příslušnosti, nejsme schopni uspět při snaze o poznání odlišné společnosti. Rozvoj kulturních dovedností ovlivní i studium **společenských a humanitních** oborů, kde je možné najít relevantní informace o mnoha systémech fungujících v lidských společnostech.(2, 6)

Kulturní uvědomění, k němuž je nezbytné dospět, ať už v jakémkoli bodě kulturně-poznávacího procesu „*znamená zmapování individuálních předpoklů, stereotypů, očekávání a odlišností jak svých vlastních, tak druhých lidí. Umožňuje nám uvědomit si náš osobní světový názor, jaké jsou naše předpoklady, pojetí a premisy, které prostupují celým naším životem (co je přirozená realita našeho života?). Pokud tento proces neproběhne, hrozí tendence ke kulturnímu vnucování víry, hodnot a vzorců chování ostatním.*“ (2, str. 18)

1.6 Typ ošetřujícího profesionála v transkulturní péči

Úroveň kulturního uvědomění a kulturních dovedností rozděluje profesionály v transkulturním prostředí do několika typů.

- Jsou zdravotničtí profesionálové, jež své projevy nijak nekorigují, a jednají tak, aniž by své chování a jeho dopady domýšleli. Primárně nepředpokládají kulturní odlišnost a nástrahy z tohoto faktu vyplývající. Tento typ je typ **naivní**.
- Připustíme-li kulturní odlišnost a to, co nás od prazákladu ovlivňuje a od druhé strany odlišuje, a přesto ve svém jednání necháme promlouvat nepochopení a v podstatě chceme nemocného přesvědčit o své lepší pravdě, jsme typem **věčného zachraňovatele**.
- Můžeme být také typem **unikáře**, vnímat vlastní předpojatosti, negace, jež v nás zakořenily, ale vyhýbat se vědomému rozhodnutí. V případě nezbytnosti rozhodovat chybně, na základě předpoklů či vlastních vzorců chování.

- Pokud se setkáme s **bojovníkem** anebo jsme jím nevědomky sami, vše, co se v profesionálních vztazích děje, všechna rozhodnutí, situace, konflikty, či pokusy o řešení jsou očima bojovníka vnímány jako nespravedlivé či úkorné.
- Ideálním typem pomáhajícího profesionála je **stavitel kulturních mostů**. Jedná vždy v rámci možností adekvátně a má své vlastní vymezené hranice, má jasný cíl a koná vždy v situacích, kdy je to nutné. Je odhodlaný nést odpovědnost za svá rozhodnutí, respektuje druhou stranu, má dostatečné znalosti a vědomosti o kulturním podtextu řešené situace a vždy si stojí za svými, předsudky a stereotypy nepoznamenanými přesvědčeními.

1.7 Profesionální rizika

Se specifickou prací v multikulturním týmu v naprosto odlišné kultuře jdou ruku v ruce určitá předpokladatelná rizika. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že ač je přesvědčení nepodlehnout příznakům psychické únavy jakkoli silné, vždy přijde určité vyčerpání. Čím více jsme zapálení, tím dříve můžeme shořet.

1.7.1 Kulturní šok

Předodjezdová příprava agentury, jež zaměstnání v muslimských zemích zprostředkovává, obsahuje i interkulturní přípravu. Pan doktor Martin Vrba zde přednáší téma kulturního šoku. Dle jeho vysvětlení je kulturní šok zapříčiněn **ztrátou známých ukazatelů**, jež usměrňují naše chování. Mohou to být zákony, zvyky, výrazy tváře, postoje a činy, kterým důvěřujeme, a jejichž znalost tvoří součást naší osobnosti. Jejich ztrátou tápeme, bojíme se, nevíme, jak dál. Na zdolání tohoto strachu a pocit nejistoty vydáme určité množství psychické energie, kterou bychom potřebovali použít na řešení složitých situací, kterým jsme při poskytování transkulturní péče vystaveni.

Další příčinou kulturního šoku je **rozklad mezilidské komunikace**, kdy dochází důsledkem jazykové, kulturní a sociální bariéry k nedorozumění, konfliktům či nevyřešeným komplikacím. Toto je opět velmi stresující, obzvláště pokud je naší profesí profese pomáhající, na efektivní komunikaci založená.

Neméně závažnou příčinou je **krize identity**. Vysvětlení je složité a obsahuje vše výše zmíněné. Náš systém výběru a interpretace prožitého nám v určité chvíli začíná

zprostředkovávat chybné výstupy. Nevíme, co je důležité, na co se zaměřit, kam upnout pozornost, co řešit. Výsledkem je zmatek a neschopnost reagovat.

Proces zvládnání kulturního šoku nás nutně vystaví naprostému obnažení. Donutí nás odložit zažité normy, zvyky i zmíněné ukazatele tak dlouho, dokud si nebudeme připadat nazí a zranitelní. Poté je možné se v novém prostředí zorientovat a opět se opřít o známé, jež nás formovalo, a nové, jež je okolo nás přítomné nyní.

1.7.2 Syndrom vyhoření

Pokud nezvládneme nápor kulturního šoku, hrozí nám syndrom vyhoření. Projevy kulturního šoku, náročná práce, cizí lidé okolo nás, to vše může způsobit chronický stres a přivodit syndrom vyhoření. Projevuje se vyčerpáním jak fyzickým, tak psychickým, kdy všechny projevy bývají natolik vážné, že znemožňují schopnost pracovat, učit se a adaptovat se na nové prostředí.

Mezi psychické příznaky patří;

- sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, pláč, podrážděnost, výbuchy vzteku, agrese, strach, pocit prázdnoty, apatie a osamocení.

Fyzické příznaky jsou;

- únava, slabost, bolesti svalů, kloubů, zad, snížená imunita, nespavost, arytmie, trávicí obtíže, nesoustředění, poruchy paměti, časté nehody.

Se syndromem vyhoření je třeba umět pracovat, zaměřit se na projevy a jejich eliminaci, umět odpočívat, relaxovat, aktivně se zapojit do běžných denních činností a hlavně se se svými pocity svěřit odborníkovi.(17)

1.7.3 Kulturní bolest

V transkulturní péči prožitá dilemata, paradoxy, častá nedorozumění a tolik prostoru pro nepochopení zapříčiňují také kulturní bolest. Můžeme mít nastudováno, načteno, být tolerantní a ke všemu otevření, chápaví, empatictí a soucitní, tyto přednosti jsou i našimi slabinami. Právě ono pochopení často narazí na naprosto ochromující procitnutí, že nejde vše vyřešit tak, abychom cítili satisfakci.

Na druhou stranu kulturní bolest je jedním z mnoha výstupů práce M. Leiningerové, která ke svým závěrům došla díky bohaté praxi právě s nemocnými rozličných kultur. Na výzkumu transkulturního ošetřovatelství pracuje celou svou profesionální kariéru a kromě jiného vytvořila koncept humanistické péče

a „Model vycházejícího slunce“. Kulturní bolest je výrazným rizikovým faktorem a ohroženým je zde nemocný. Dle jejích slov ke kulturní bolesti vede nešetrné užívání, slov, vyjádření, gest, či tónu hlasu v souvislosti s náboženským přesvědčením nemocných. Ti vnímají jisté napětí a diskomfort a neváhají jej pojmenovat bolestí. Jde přímo do jejich nitra. Útočí na potřebu, jež je pro ně zásadní, potřebu ztotožnit se s vírou. Toto je v určitých, náboženství oddaných kulturách věc zásadní.

2 ETICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ TRANSKULTURNÍ PÉČE

Etické aspekty transkulturní péče byly ve zkratce představeny již v předchozí kapitole. Nyní však více o etice samotné.

2.1 Etika

„Etika (morální filozofie) je věda o mravnosti. Věda o tom, jak by se měl člověk chovat, o hodnotách, které by měl uskutečňovat.“ (1, str. 43)

„Sestra by péči o obnovu zdraví měla vykonávat v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta/klienta a jeho rodiny. Profese sestry ošetrovatelky je tradičně spojena s morálními nároky. Nejde jen o odborné znalosti, zručnosti a dovednosti, ale také schopnost eticky jednat s lidmi a umět spolupracovat. Jde vždy o dobro, které má různé konkrétní podoby. Velký okruh problémů ošetrovatelství souvisí s tím, že morální přístup není vždy jednoznačný. Když sestra hledá blaho nemocného, nemusí to být totéž jako zájem pacienta a cíl rodiny pacienta.“ (1, str. 45)

2.1.1 Morální problém v transkulturní péči

Pokud jsme vystaveni situaci, kdy je třeba oddělit dobré a zlé, rozlišit osobní postoje od profesních přesvědčení a narážíme na nepochopení ze strany klienta a preferenci víry, názoru rodiny, potřeby intimity apod. setkáváme se s morálním problémem. Ve stejném kontextu prožíváme morální dilema, kdy ani jedno řešení dané situace, jež připadá v úvahu, nepřináší předpokládaný výsledek. Obzvláště v případě střetu profesionálních hodnot a morálních pravidel s náboženským přesvědčením ošetřující profesionál často stojí před faktem, že víra a rituály potřebné k projevení zbožnosti jsou nadřazeny všemu ostatnímu a v podstatě i zdraví nemocného. Při střetu oněch hodnot dochází k situacím, které jsou řešitelné pouze za pomoci naprostého porozumění ze strany zdravotníka. Nemocného přesvědčit o své pravdě nelze. Je možné jen chápat. A učinit to nejlepší, co je v dané chvíli možné. To nás ale velmi často vystaví tzv. morálnímu problému. (1, 10)

2.1.2 Etický kodex ošetrovatelství

Na pomoc nám tu přichází ICN Code for Nurses: Ethical Concepts Applied to Nursing (ICN 1973), jež deklaruje, že zdravotnický pracovník nese osobní odpovědnost za své činy a musí se řídit profesními závazky. V každé situaci je povinnost konat

ve prospěch nemocných, a nikdy žádný akt v kontextu profesních povinností nebude mít neblahý efekt na nemocného, jeho potřeby a jistoty. Dle tohoto mezinárodně uznávaného kodexu jsou stanoveny profesní povinnosti sester ve většině klinik v muslimských zemích, je nám tak vodítkem a dostupným materiálem. Je zde totiž pro nás velmi důležitý dokument. Právo nemocného se svobodně rozhodnout a určit si priority.

2.2 Etická odpovědnost a povinnosti sestry

Etické povinnosti a odpovědnost sestry v transkulturním ošetrovatelství získává dle mého názoru mnohem hlubší rozměr. Jedná se o nadstavbu všech našich přesvědčení, jež ve zdravotnické praxi získáváme. Jen obtížně bez pomoci etického přístupu k nemocnému dokážeme jasně identifikovat jeho potřeby. Etických přístupů dle odborné literatury (1) je několik druhů.

2.2.1 Obhajoba

O nemocného můžeme pečovat dle principů **obhajoby**. Samotný význam slova obhajoba je jasný, v právnickém světě to znamená zastupovat konkrétní případ vždy v zájmu klienta. V našem prostředí je to totéž. Vždy a za každých okolností zastupovat zájmy klienta. K tomuto principu je opět možné přistupovat několika směry avšak vždy za účelem ochrany práv nemocného. Pokud se nemocný rozhoduje a před konečným rozhodnutím potřebuje pomoci od svého obhájce, v tomto případě od sestry, aktivizuje její sestra k promluvě o vlastních hodnotách, potřebách, jistotách a přesvědčení tak, aby se nemocný rozhodl dle svého přesvědčení správně.

2.2.2 Respekt

Vždy však jednáme dle principu **respektu** vůči lidem, v tomto případě respektu vůči nemocnému, jeho rodině, jeho rozhodnutí a samozřejmě všech jeho práv. Sestra zde vystupuje jako obhájce důstojnosti a svobodného rozhodnutí nemocného ve stadiu, kdy byl schopen rozhodovat, či rozhodnutí rodiny, jež na základě hodnot, víry, přesvědčení a přání klienta je jejím nejlepším obhájcem.

2.2.3 Odpovědnost a povinnost

Dalším základním etickým pojmem, dle kterého by každý profesionál v pomáhající profesi měl jednat, je ona odpovědnost. Lze ji chápat jako odpovědnost skutečnou a povinnost. Povinností zdravotnických pracovníků v transkulturní péči je samozřejmě podporovat zdraví, předcházet onemocněním, navracet zdraví a zmírnit

utrpení. Dále se zavazuje dodržovat odpovědnost právní a to zákony a legislativu dané země, v níž péči poskytuje a odpovědnost morální, která je specifikována kodexem etickým. (1, 15)

2.3 Princip pečování

„Etika pečování a ctností vnesla do ošetrovatelství velmi cenné podnět, které jsou sestrám blízké a dobře srozumitelné. Je však nutné vyvarovat se jednostranného pojetí ošetrovatelského povolání a najít rovnováhu mezi vysokou mírou empatie a citového zaujetí na straně jedné a neosobním poskytováním péče na straně druhé. Etika odpovědnosti by měla vést k výchově zdravotnických pracovníků, kteří budou nejen umět naslouchat a hledat stopy lidství a spirituality v každém pacientovi, ale budou především zdatnými odborníky, což jim umožní poskytovat morálně správnou a bezpečnou péči.“
(15, str. 69)

Budeme-li tedy mluvit o dalším, dle mého názoru vše zahrnujícím etickém principu, mluvíme o samotném **pečování**. Jsme profese pomáhající, pečující a význam slova péče je možné aplikovat na vše výše zmíněné. Zde je možno aplikovat výsledky výzkumu Madelaine Leiningerové, autorky modelu vycházejícího slunce, ženy, jež zasvětila své profesionální konání právě transkulturnímu ošetrovatelství a říká, že pečovatelský přístup praktikují všechny kultury a snižují tak stresory z potkávání a tření kultur a zajišťují tak v podstatě lidské přežití.(2)

2.3.1 Péče a starání se

M. Leiningerová ve své teorii popisuje dva odlišné významy pocházející však z jediného kořene slova „care“- péče a „caring“- starání se. Péče je dle jejích slov pomoc dle naučených způsobů, avšak starání se přináší individuální činy, které jsou oním projevem a atributem pečování. Jen tak lze poskytnout kulturně shodnou péči, která respektuje člověka jako holistickou bytost.

2.3.2 Kulturní péče

Pomáhá uchovávat a získávat zdraví osobám odlišných etnik, udržet jejich zdraví a psychickou pohodu, uzdravit se z onemocnění, nebo zvládnout poškození zdraví či blížíci se smrt. Podporuje a poskytuje prostor k přizpůsobení se neznámým postupům ošetrování nebo závažným životním situacím, nejčastěji však samotnému přijetí role nemocného. Snaží se vyhovět jeho kulturním a osobním potřebám tak, aby nedošlo k významnému

narušení potřeb a chodu nemocnice. V neposlední řadě podporuje dosažení změny, která je pro dobro a zdraví nemocného. Snaží se zlepšit, nebo zcela přeměnit obvyklé chování nemocného ve vztahu k jeho zdraví.(2)

2.4 Základní etické principy v transkulturním ošetřovatelství

- Princip **autonomie** předpokládá, že respektujeme rozhodnutí klienta dle jeho osobních přesvědčení, pravd, víry a rodinné hierarchie.
- Princip beneficence – prospěšnosti znamená vždy konat dobro. Mnohokrát se ale dostaneme do konfliktu se svědomím, zvláště přihlédneme-li k výše zmíněnému. Mnohdy je tradice více, než faktické dobro nemocného.
- Princip důvěryhodnosti. Jak již bylo zmíněno, sestra vždy jedná na základě práv nemocného, jeho potřeb a snaží se zajistit jeho dobro. Zde se ukáže profesionalita a etická vzdělanost sestry.(1)
- Princip spravedlnosti - v oblasti principu spravedlnosti je jasně dané, že mají-li „*klienti stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně.*“ (1, str. 59)
- Princip pravdomluvnosti jako další etický princip nám nařizuje říkat klientům za všech okolností pravdu. Jedná se o paradoxní princip a není vždy možné jej dodržet. V mnoha kulturách je pravda v kontextu zdravotního stavu, diagnózy a prognózy relevantní. Medicínská pravda je jedna věc, ale nejvýše je vůle Boží. To, co říká lékař je jedna věc, ale důležitější je názor rodiny. Sestra jako ochránce práv nemocného, resp. právu nemocného na informace, smí konzultovat své postoje s týmem. Je zde však jasně daná hierarchie. A kulturní a náboženské přesvědčení.(1)

2.5 Konflikt hodnot

Pro začátek budiž uklidněním, že žádná všeobecně platná, pravdivá a jedinečná teorie o povaze a důležitosti hodnot neexistuje, neboť nikdy nebyla jasně definována. Jedná se o věčný spor filozofů, a těžko se někdy někdo dobere nevyvratitelného závěru. Je možné se dohodnout a určit tři hodnoty, jež považujeme za univerzální, a jsou mravním

principem vyspělých civilizací. Přesto tu zůstává dilema, jakým způsobem je dělit, jak je rozlišovat, kdy je dodržujeme, kdy překračujeme a kdy upřednostňujeme něco zcela jiného.

1. „*Jsou hodnoty morální a jiné než morální povahy.*“ (1, str. 51) Známe kritéria, jež tyto hodnoty dělí? Co je morální pro nás, nemusí být morální pro obyvatele muslimské země. Je morální nosit odhalené vlasy? Pro nás ano, pro muslimy nikoli. Přesto nám tuto naši morální pravdu tolerují. Tolerujeme tedy i my jejich pravdy. Co když však jsou pro naši kulturu naprosto nepřijatelné? Dokážeme tolerovat muže, který bije svou ženu? V muslimských zemích je toto běžný jev a my se můžeme stát jeho svědkem. A být tak vystaveni obrovskému morálnímu dilematu.
2. „*Dvě hodnoty nejsou slučitelné, pokud jich nelze plně docílit zároveň.*“ (1, str. 51) Je naprosto vyloučené dosáhnout například naprosté svobody a volnosti a mít zaručené naprosté bezpečí a jistotu.
3. „*Existují hodnoty souměřitelné a nesouměřitelné.*“ (1, str. 51) Dle významných filozofů je nemožné porovnávat a měřit význam hodnot. Toto je přísně individuální a neměřitelné. Samozřejmě zde pramení ona morální dilemata. A samozřejmě zde je nám nápomocna etika jako vědní obor, avšak je pouhou pomocí.

Pomáhající profesionálové se někdy v odlišném kulturním prostředí či v kontaktu s jiným kulturním etnikem dopouštějí zásadní chyby a to kulturního vnucování hodnot. Snaží se přesvědčit nemocného, rodinu, tým ostatních profesionálů, že jejich kulturní pohled, přesvědčení a postoj je lepší, pravdivější, efektivnější a pro nemocného přijatelnější. Tato tendence může být i vnitřní, podvědomá, promítající se do jednání dotyčných profesionálů a působící na vztah s klientem. Ať chceme nebo nechceme, naše případné pohrdání hodnotami druhého, nepochopení, netolerance je tak „ve vzduchu“ a těžko dosáhneme uspokojivých výsledků v komplexní péči o nemocného. (1, 6)

2.5.1 Vznik hodnot

Hodnota není hodnotou, ale jen pouhým vrtkavým názorem, či cizím přesvědčením, pokud si oné hodnoty neceníme a nechráníme je. Svou hodnotu musíme být schopni sdílet, veřejně se k jejím aspektům přihlásit. Nelze však mluvit o hodnotě, pokud je projevem dogmatu. Je třeba zvolit si ji výběrem, s vědomím následku, a náš výběr musí být naprosto svobodný, nezatížený předsudky, názory ostatních, či snad strachem

z chybného rozhodnutí. Své přesvědčení o kvalitě hodnoty nejlépe potvrdíme skutkem, vzorově, a nejlépe opakovaně, dokud není zakořeněna

Pokud si ujasňujeme vlastní hodnotový systém, dochází k procesu odhalování hybných pák našeho vlastního jednání, jež má velmi pozitivní vliv na schopnost činit rozhodnutí, na samotný vývoj sebeuvědomění, empatické vnímání druhých. Je svým způsobem cestou, jež nám odhaluje hodnoty nemocného a jeho rodiny tím, že nám zprostředkovává vhled do samotného hodnotového systému jako takového. (1, 6)

2.5.2 Hodnotový systém klienta

Cesta k hodnotovému systému nemocného je nelehká, avšak má svá pravidla. Pokud si najdeme čas na rozhovor s klientem o podstatných věcech v jeho životě, o rodině, práci, přesvědčení, náboženství, víře a přáních, ale i domácích zvířatech, přátelích, či životních prožitcích, jsme odhalení kostry hodnotového systému velmi blízko.

Jestliže z nějakého důvodu nejsme schopni navázat rozhovor s nemocným, důležitý obrázek nám poskytne rodina či blízcí přátelé.

Vše ostatní je možné najít v dokumentaci, či pečlivým vnímáním věcí, jimiž se klient obklopuje, či jimiž jej obklopuje rodina. V tomto případě je nezbytné samozřejmě znát souvislosti a symboly, jež určité hodnoty představují. (1, 6)

2.5.3 Korán a Tradice

Pro ty, kteří poskytují ošetrovatelskou péči v muslimských zemích, je nedílnou součástí předodjezdové přípravy studium specifik Islámu. Všichni obyvatelé těchto zemí se chovají (nebo alespoň to tvrdí) dle pravidel Koránu a dle pravidel „tradice“. Tradice je pozdější výklad Koránu, je předávána z generace na generaci ve zvycích a rituálech, a je velmi problematická, častokrát šitá na míru určitým nepřilíživým svobodomyšlným tendencím. Toto je však onen hodnotový systém nemocného v muslimských zemích. Islám.

3 SPECIFIKA PÉČE O NEMOCNÉ V MUSLIMSKÝCH ZEMÍCH A V KSA

Pokud bychom v právech nemocných v muslimských zemích hledali právo na vyjadřování víry, hledali bychom marně. Dokonce ani v natolik ortodoxní muslimské zemi, jako je Království Saudské Arábie, se nesetkáváme s právem na vyjadřování náboženského přesvědčení. Toto je totiž naprosto samozřejmé. Tolerance k projevům Islámu je základním předpokladem k profesionální kariéře v muslimských zemích. Přesto se může stát, že podvědomě, či z přesvědčení, jež nedokážeme potlačit, nedokážeme poskytnout kulturně dostatečně empatickou péči. Vyvoláme pak v nemocném tzv. kulturní bolest, jež se projevuje psychickým strádáním, neuspokojenou potřebou cítit se dobře ve společnosti ošetřujícího týmu, mnohdy i pocitem, že je „ve vzduchu“ nepochopení a opovržení. V tu chvíli naše péče naprosto selhává.

3.1 Specifika Islámu ve vztahu k potřebám nemocných

„Iá iláha illá l-lláh, Muhamma-dan rasúlu l-lláh“ – „Není boha kromě boha a Muhamad je Prorok Boží“ (8, str. 17)

3.1.1 Stručně o Islámu

Islám je nejmladší a jedno z nejrozšířenějších náboženství světa, je přísně monoteistické a jako všeobecný právní a mravní kodex klade na vyznavače víry opravdu vysoké nároky. Islám znamená „odevzdat se do vůle Boží“ a osud všech věřících je plně v rukou Alláhových. Alláh je jediný Bůh, nemá ani nástupce, ani syna. V Koránu, Svaté knize, jsou kromě modliteb a příběhů sepsány činnosti, jež jsou zavazující, lhostejné, doporučené, zakázané a nežádoucí. Islám má pět základních pilířů víry, jež je přikázáno každému muslimovi nekriticky respektovat. Jedná se o Vyznání víry, Modlitbu – Salát, Almužnu – Zakát, Půst v měsíci Ramadánu, a Svatou pouť – Hadždž do Mekky.

3.1.2 Muslimské země

Všechny muslimské země nejsou stejné, respektive nejsou stejně striktní v dodržování tradic a Koránu. Je to z velké části ovlivněno přílivem turistů, kteří přinášejí do muslimské kultury svá vlastní pravidla a muslimské zákony trochu zmírňují. V dnešní době však pomalu dochází k opačným tendencím. Vlivem působení muslimských radikálů se v mnoha zemích zákony opět stávají velmi striktními. Mezi země muslimského světa,

kde je Islám většinovým náboženstvím a proniká všemi složkami života, patří Saúdská Arábie, Irák, Írán, Sýrie, Afghánistán, Jemen, Jordánsko, Libanon, Lybie, Spojené arabské emiráty, Pákistán, Alžírsko, Maroko, Tunisko, Somálsko, Indonésie, Malajsie, Ázerbajdžán, Albánie. (4)

3.1.3 5 pilířů Islámu v ošetrovatelské péči

- Modlitba (Salát) – pokud je muslim nemocný, jeho povinností je modlit se minimálně třikrát denně. Je tedy ušetřen dvou modliteb. Modlitba má však svá neoddiskutovatelná pravidla. Místo, kde se muslim modlí, musí být čisté. Sám modlící se muslim musí své ruce, nohy a tvář očistit vodou, pokud voda není dostupná, je možné použít písek, půdu či *tayammum* – prostředek pro suché čištění, u nemocných hojně užívaný. Pomůckami potřebnými k modlitbě musí být vybaven každý pokoj, každé lůžko nemocného. Jedná se o kobereček a Korán. Na Korán (Svatou knihu), je zakázáno cokoli pokládat, a bezvěrcům je doporučeno se knihy nedotýkat. Pokud probíhá modlitba, nesmí být přerušena a nikdy před modlící se osobou nesmí nikdo projít, aby nebylo přerušeno spojení s Mekkou. Muslim se modlí otočen hlavou k Mekce, Svatému městu. Směr Mekky je vyznačen na stropě každého pokoje.
- Almužna (Zakát) – každý muslim musí odvádět část svého příjmu pro potřebné. Často je této povinnosti využito ve prospěch nemocnic v soukromém sektoru.
- Půst v měsíci Ramadánu – nemocniční režim velmi ovlivňuje i další pilíř Islámu. Dle muslimského kalendáře, jež se řídí lunárními měsíci a dle datování života proroka Muhammeda je nyní v roce 1436, je vždy v letních měsících na přelomu gregoriánského června a července postní měsíc Ramadán. Věřící muslimové od slunce východu do slunce západu nesmí nic pozřít ústy. Ani léky či vodu. Běžný režim dne se doslova přesouvá do nočních hodin, které jsou naopak plné neuvěřitelného „obžerství“ a bujarého veselí. Muslimští spolupracovníci poté přes den nejsou na pracovišti nic platní. Jsou velmi unavení a jejich práce je nesoustředěná a mnohdy nebezpečná.
- Pout' do Mekky (Hadždž) – každý muslim by měl jedenkrát vykonat pout' do Svatého Města Mekky, a sedmkrát obejít Kábu. Tato povinnost se prolíná

do ošetrovatelské péče jen okrajově, přesto v některých případech velmi zásadně. Pokud vážně nemocný muslim svou pout' dosud nevykonal, přes všechna doporučení či zákazy lékařů se na cestu i ve svém vážném stavu vydává. Nebo velmi lituje nesplnění své povinnosti a usilovně se modlí za odpuštění. Pro psychické blaho nemocného je proto velmi důležité, zda své povinnosti praktikujícího muslima vykonává. A ošetřujícímu personálu je doporučeno ve vykonávání povinností pomáhat.

3.2 Specifika komunikace v muslimských zemích

Komunikace s jedinci odlišných kultur je vždy složitá, a přestože v nejlepším případě ovládáme dokonale jazyk dané země, nikdy nejsme s touto zemí a kulturou „srostlí“. Pokud je přítomna navíc jazyková bariéra, velmi těžko se dosáhne tak efektivního dorozumívání, na které jsme zvyklí z domácího prostředí. Při péči o nemocné je komunikace naším zásadním nástrojem, díky němuž identifikujeme potřeby nemocného. Bez schopnosti komunikovat a dorozumět se nejsme schopni pečovat a poskytnout potřebnou péči. Nejsme schopni pracovat.

3.2.1 Ujasnění pojmu komunikace

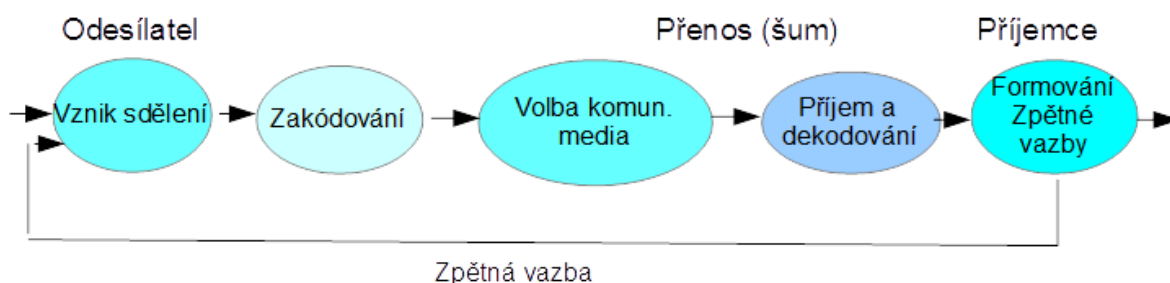
Všeobecně platná teorie a definice komunikace není jasně stanovena. Má mnoho podob a často v mnoha publikacích je zaměřena směrem, jímž se ona publikace sama ubírá. Zde je několik definicí, které se hodí k mému tématu. Komunikace je

- „Proces přenosu a výměny **informací** v jakékoli formě, realizovaný mezi lidmi a projevující se nějakým **účinkem**,
- proces dorozumívání, společenský styk s cílem výměny myšlenkových obsahů mezi účastníky komunikace prostřednictvím **slov** (mluvením)
- proces **přenosu a příjmu sdělení** z jednotlivé osoby na druhou, jako oboustranný proces,
- proces přenosu nejrůznějších komunikačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů, za použití různých komunikačních medií, zejména **prostřednictvím jazyka**
- sociální interakce chápána v užším smyslu jako **jazykové jednání** (převzato z teorie komunikace, etnografie),(...)
- proces **vzájemného porozumění** a výměny významů pomocí systému symbolů,
- proces tvorby společného **chápání a interpretování** myšlenek, názorů a pocitů mezi dvěma nebo více jedinci,
- apod.“(3. str. 22-23)

3.2.2 Rozdělení komunikace

Komunikaci všeobecně dělíme na verbální, neverbální a komunikaci činy a skutky. Výsledkem, o nějž se snažíme, je výměna informací, vliv na jednání druhých a vliv na interpersonální vztahy. Využíváme několika komunikačních funkcí – **informativní, poznávací, instruktivní, vzdělávací a výchovnou, socializační a společensky integrující**. Komunikací můžeme **přesvědčovat, posilovat a motivovat, bavit, svěřovat** svá tajemství, či **naslouchat** druhým.(3)

Obrázek 2 Schéma komunikačního modelu (zdroj: 3. str. 30)



3.3 Verbální komunikace v multikulturním prostředí

Verbální komunikace v případě multikulturního prostředí častokrát velmi vážne. Běžně používaným jazykem je často jazyk anglický, který ale zejména nevzdělání lidé neovládají. Přestože ti, kteří zde pracují již mnoho let, ovládají základní arabštinu, nářečí nemocných jsou tak různá a složitá, že ve většině případů k porozumění nedochází. Verbální komunikace slovem tedy není příliš efektivní, a použití překladatele je účelné pouze v některých situacích.(3)

3.3.1 Specifika verbální komunikace v muslimských zemích

„Výrazným rysem každé osoby a v širším smyslu každé kultury je její verbální projev. Lišíme se tím, jakým způsobem myslíme, jak cítíme, jak se tváříme v určitých situacích, jak gestikulujeme, jak se smějeme a jak celkově reagujeme. Říká se, a je to pravda, že Arabové mají horké hlavy. Rychle vzplanou, rychle se urazí, rychle musejí mít všechno vyřízené. Běžná konverzace může Evropanům připadat jako hádka.“
(4, str. 146)

- **Modlitba** - Povinností každého muslima je, jak již bylo zmíněno, modlitba pětkrát denně. Do verbální komunikace je zařazena záměrně. Muslimové úryvky z modliteb často užívají v běžné řeči. Mnohdy se stává, že při komunikaci s nemocným, či doprovodem narazíme na problém, že protějšek na nás hledí, cosi mluví, ale jakoby nás nevnímal. V tu chvíli je totiž ponořen do modlitby a nám je zapovězeno jej rušit.
- **Slova „Ne“ a „Nevím“** – v komunikaci s Arabem se nikdy nedočkáte těchto slov a také je nevhodné je použít. Je to nezdvořilé a neomluvitelné. V komunikaci při ošetrovatelské péči je velmi složité pochopit, že vždy, za všech okolností je třeba odpovědět kladně, případně odpovědět jakkoli „svým způsobem“ kladně.
- **Oslovení** – V Saudské Arábii, kde jsem pracovala, je zvykem oslovovat prvním jménem a v nemocnici při ošetřování je časté oslovení „mama Norah“, „baba Hasan“. Vždy je to nepříjemné, těžko si představit, že říkáme nemocným „matko“ či „otče“. Mé doporučení pro muslimské země jako takové – vždy je vhodné zeptat se, jakým způsobem dotyčného oslovovat. Arabský svět je velmi rozsáhlý. A ne všude jsou zvyklosti stejné.
- **Tykání** – V arabských zemích si prý tykáme. Není to pravda. Sama angličtina nezná vykání, ale arabština v některých svých verzích ano. Je proto vhodné zjistit místní pravidla.
- **Rituální slova a věty** – V arabské mluvě se velmi často, takřka stále, opakují rituální slova a věty, známé z Koránu a opěvující Boha – Alláha. Jsou důležitá, pro nemocné chlácholivá a vše říkající. Pokud tedy chceme navázat s nemocným kontakt, je nejlepší způsob se je naučit a ve správnou chvíli použít. „**Inšá'alláh – dá-li Bůh**“, ale také „patrně, nejspíš, pravděpodobně“. „**Al-hamdu li'lláh – chvála Bohu**“ tzv Hamdala. „**Šukru li'lláh – díky Bohu**“. Tato slova jsou ke slyšení stále. Vše je zde v rukou Alláhových.(4)
- **Intimní téma** – muslimské ženy nerady mluví o intimních tématech, a to ani v nemocnici. Pokud je žena gravidní krvácí, je obvyklé, že se se svým problémem nikomu nesvěří, bojí se „zakřiknutí“ a je to příliš intimní.

3.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je velmi důležitá i v případě, že mluvíme stejným jazykem. Mnohokrát slova a neverbální projev vyjadřují dvě odlišné věci. Jedná se o doprovod verbální komunikace a v podstatě komunikací neverbální potvrzujeme, či naopak vyvracíme právě řečené.

3.4.1 Rozdělení neverbální komunikace

- Gesta, pohyby hlavou a těla, posturologie – postoj těla, mimika, výraz v očích, vzdálenost a pozice, dotyky, tón hlasu, zjev, oblečení.(3)

3.4.2 Specifika neverbální komunikace v muslimských zemích

- **Postoj** – Vzdálenost při rozhovoru je mnohem bližší, než jsme zvyklí. Jak u muslimů, tak i asijských kolegů. Velmi často to vyvolává pocit, že je narušena naše osobní zóna. Co se týká žen, vzpřímený postoj se vztyčenou hlavou je pro muslimy významnou výzvou, nejsou na něj u svých žen zvyklí.
- **Pohled do očí** – Pro ženu je nevhodné dívat se přímo do očí. Vyvolává tím pocit, že muže svádí. Je to velmi nepříjemné v naší profesi, kdy hledět do očí je pro nás slušnost. Důsledkem tohoto nesouladu tradic je to, že občas nerazíme na enormní zájem muslimského muže, který je přesvědčen, že sympatie jsou vzájemné.
- **Mimika** – U mužů, zvláště hledí-li do tváře odhalené ženě v zemi, kde se ženy skrývají, očekávejte úsměv. Úsměv je běžný i u asijských spolupracovníků, skrývá se za ním však naprosto všechno. Ženy, pokud jsou zahalené, mluví gesty. O to však razantněji.
- **Zjev** – Muži jsou oblečení velmi svobodně, od bílých tóg a červených turbanů, po oblek, anebo neformální oděv. Ženy jsou v černých abájách, s burkou a nikábem zahalujících vlasy a tvář, ozdobené šperky, a krajkou, nebo zahaleny včetně rukou do neproniknutelné černé.
- **Gesta** – Gestikulace v této zemi a potažmo kultuře je velmi zásadní a pro nás často iritující. Gestikulují totiž velmi prudce a neobvykle.

1. Významné gesto, které vyjadřuje spíš příkaz než přání „Pomalů“, „Počkej“ anebo „Opatrně“ vznikne spojením palce, ukazováku a prostředníku v jakousi špetku, obrácenou směrem nahoru. Jedná se o jasné a velmi direktivní gesto.
2. Chycení druhé osoby za rameno z důvodu vyjádření blízkosti a důvěrnosti je v muslimských zemích naprosto nevhodné. Vyjadřuje podmanění si dané osoby.
3. V muslimských zemích je zapovězeno na někoho ukazovat. Je to hrubě urážlivé.
4. Když se setkají dva muži, ohromí nás tím, jak si vzdávají úctu. Líbají se na tváře, dotýkají nosy a největší úcta se vyjadřuje políbením na čelo. Běžně se také muži drží za ruce. Všeobecně k sobě mají stejná pohlaví velmi blízko, jako by snad vyvažovali nedostatečnou intimitu mezi mužem a ženou, která je v muslimských zemích na veřejnosti trestná.
5. Velmi často se setkáme s podivným mlaskavým zvukem, který, věřte či ne, začne být po několika dnech neuvěřitelně iritující. Znamená cosi jako „Ne“ ve smyslu, že se jim něco nelíbí. Má charakter povýšenecký.
6. Otíráním otevřených dlaní o sebe znamená konec. Debaty, pozornosti, určitého zájmu. Jde opět o velmi výmluvné gesto.
7. Všeobecně se nedoporučuje muslimů dotýkat. Což v ošetrovatelské péči je často nezbytné. Doporučuji však jistou opatrnost.
8. Konečně velmi iritujícím gestem je luskání prsty. Příliš často se stanete tím, na koho je luskáno takovým stylem, že moc dobře chápete onen ponižující význam. V souvislosti s prací, pokud na vás nemocná či doprovod luskne prsty a ukáže, dává tím najevo, že je nutné okamžitě něco udělat. Je to nepříjemné, zvláště pro nás Evropany a v tu chvíli je třeba ovládat asertivní chování. (4)

Pokud se týká samotné komunikace, resp. způsobu, jak se za všech okolností v muslimské zemi domluvit a nedopustit se nějakého faux pas, existují dvě zásady. Tou

první je úsměv. Vždy je důležité se usmívat, oni se také stále usmívají, přestože ví, že nedokáží nebo nechtějí vyhovět.

Další zásadou, velmi oblíbenou u asijského personálu, a pro Evropany naprosto nepochopitelnou, je ignorace. Pokud se nechtějí dohadovat, neví, jak něco vysvětlit, či nemají čas danou situaci řešit, jednoduše druhou stranu ignorují. Je velmi nepříjemné být takové situace svědkem. Bohužel v tomto prostředí je ignorace na denním pořádku.

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V SAUDSKÉ ARÁBII

Království Saudské Arábie (KSA) nebo také Saudská Arábie je nejortodoxnější muslimská země. Islám je zde zákonem nařízené náboženství, všechna ostatní jsou zakázána. Korán je zákon. Muslim je povinen bez výjimky dodržovat všechna nařízení. Turistické vízum do Saudské Arábie je vzácností, jediná možnost, jak tuto zemi navštívit je vízum pracovní, rodinné, diplomatické. Přesto je země plná cizinců, neboť ti zde zajišťují většinu potřebné práce.(5)

4.1 Historie zdravotnictví v KSA

Zdravotnictví v Saudské Arábii je velmi mladé, do roku 1932, kdy bylo KSA založeno, byla zdravotní péče poskytována jen na úrovni léčitelů. Od roku 1970 však zaznamenalo raketový rozmach, a v dnešní době, respektive v roce 2009, kdy proběhly poslední statistické výpočty, bylo v zemi celkem 415 nemocnic s 58 126 lůžky.

System zdravotnické péče je řízen ministerstvem zdravotnictví „Ministry of Health“ a řízení nemocnic je rozděleno do několika skupin.

- Zařízení ministerstva zdravotnictví – ta jsou určena pro širokou veřejnost
- Vojenské nemocnice – zřízené pro příslušníky saudských ozbrojených sil a jejich rodiny
- Zařízení ministerstva vnitřních věcí – pro zaměstnance vnitra, celníky, a policii včetně rodinných příslušníků (sem se řadí Security Forces Hospital)
- Nemocnice s terciální péčí – pro každého občana
- Soukromá zařízení – zařízení spravované ropnými společnostmi, estetické kliniky, dentální kliniky, kliniky kloubní chirurgie.(24)

4.2 Pracovní povinnosti sester v KSA

Paradoxně rozsah odpovědnosti a povinnosti sester nejsou v KSA nikde nijak specifikovány. V podstatě nikdo zcela přesně neví, co je povinností sester, co je v jejich kompetenci a co není. Toto je stanoveno interními předpisy nemocnic, kompetence se tedy mohou v mnoha ohledech lišit. V roce 1992, téměř na počátku profesionálního

zdravotnictví v této zemi, bylo založeno centrum pro registraci a akreditaci zdravotnického personálu The Saudi Commission of Health Specialities, které tvoří supervizi nad zdravotnickými profesemi. Jsou zde stanovena kritéria pro získání a udržení saudské licence, tato pravidla byla specifikována v roce 2003. Jsou zde definovány kompetence sester RN 1, RN 2, Charge nurse a dalších profesionálů ve zdravotnictví (11, 23)

4.2.1 Role sestry v ošetřování nemocných v KSA

Role sestry v nemocničním zařízení v KSA není vůbec jednoduchá. Vyplývá už jen z té podstaty, že většina sester jsou ženy, tzn., že pro mužské nemocné je velmi těžké je respektovat, a také je nerespektují. A většina sester pochází ze zemí, které jsou pro Saudy podřadné. Největší procentuální zastoupení má národnost filipínská a indická, a problémem je, že ženy z těchto etnik velmi často pracují v saudských domácnostech jako pomocnice. Dle toho se také saudští nemocní k ošetřujícímu personálu chovají. Ošetřující personál poskytuje péči dle zavedených standardů „Policy and Procedures“ jež jsou převzaty ze sítě nemocnic v USA, či v Kanadě a ošetřující personál je veden k tomu, je dodržoval, přestože pro funkčnost těchto standardů není dostatek personálu, a stávajícím pracovníkům unikají souvislosti.(23)

4.2.2 Saudizace

Zhruba před 5 lety došlo v KSA k velké revoluci. Dívky mohly začít navštěvovat zdravotní školy. Dlouhodobým plánem krále Abdullaha bylo nahrazení zahraničních zaměstnanců ve všech státních institucích, nemocnice nevyjímaje. To však obnáší povolit ženám vykonávat povolání zdravotní sestry. Je to nesporně veliká myšlenka a pro saudské dívky je to zlom, protože není tomu tak dávno, co se ženy v KSA nesměly vzdělávat a nijak účastnit veřejného života. V praxi to ale obnáší, že se saudské ženy naučí pracovat v oboru, který vyžaduje velké profesionální nasazení, touhu po vzdělávání a zvyšování erudice a hlavně určité sociální citění, resp. soucit. Měla jsem možnost s několika studujícími Saudkami přijít do styku. Jsou velmi schopné se učit. Sociální citění, schopnost dávat věci do souvislosti, schopnost tvrdě pracovat a kriticky myslet jsem u nich však bohužel neviděla. Školící systém je k saudským sestřičkám velmi benevolentní, to, co by nemohlo projít jako dostačující u zahraničního personálu, je zcela v pořádku u Saudek, nicméně v praxi se to posléze projeví. Saudské sestřičky proto povětšinou mají profesionální uplatnění v lékárnách a různých registračních centrech. Nikdy jsem však nepotkala Saudku u lůžka. Což je nesmírná škoda, vzhledem ke kulturní problematice, řeči a celkovému pochopení tamních specifik ošetrovatelské péče.

4.2.3 Konkrétní specifika ošetrovatelské péče

Přestože je několik věcí jasně daných, mnoho praktik je velmi podivných. Například to, že sestra nesmí aplikovat intravenózní injekci přímo do žíly sama v případě, že se jedná o analgetikum, či opiát, ostatní léky aplikovat smí a nijak je neřadí. Velmi často se tak stává, že léky, které v naší zemi smí být podány jen jako součást infuze, v KSA se aplikují přímo a vyvolávají velké žilní komplikace. Protože však nikde není psáno, že je třeba každý lék a jeho aplikaci zvážit a řídit se pokyny v příbalových letácích, nikdo se nad tímto nezamýšlí. Další velmi podivnou praxí je podávání transfúze, kdy je z celé přípravy naprosto vynechán lékař, neboť sangvitest před bezprostředním podáním krve se neprovádí, lékař tedy nic nekontroluje, a jeho přítomnost při biologické zkoušce není třeba, protože biologická zkouška také není běžnou součástí podání transfúze. Na druhou stranu je třeba lékařské přítomnosti vždy, když v systému podávání léčiv je lék takzvaně neaktivní. Pro pokračování léčby například antihypertensivem, či diuretikem je třeba sehnat lékaře, aby lék v systému aktivoval. To zabírá velmi mnoho času, neboť lékaři jsou velmi těžko k dosažení a je to dle mého názoru naprosto zbytečné.

Pokud je nutná u nemocného transplantace, je možná pouze od živého dárce, muslima. Nejinak je tomu s transfúzí krve, dárce musí být muslim. Pokud nemocný musí přijmout více krevních konzerv nebo rozličných derivátů, musí poskytnout krevní bance dárce a suplovat tak spotřebované konzervy.

Mezi běžné povinnosti sester patří ošetrovatelská péče, péče o hygienu, převazy, podávání léků, infuzí, psaní dokumentace, doprovod při vizitě. Častokrát se však stane, že lékař se snaží své povinnosti přenést na sestru, a naopak. Dochází často k nedorozumění, a také k opomenutým úkonům, neboť než dojde k vyjasnění kompetencí, na problém se jaksí zapomene a potřebný výkon se neprovede, protože liknavostí jak sester, tak lékařů, nedojde k jeho předání další směně. Snažit se narušit tento dobře zavedený systém je běh na dlouhou trať, stojí hodně sil, času a nervů a málokdy má kýžený efekt, zvláště pokud jste v daném kolektivu jediní, kdo se o něco snaží.

O co se tedy při péči o nemocné v této zemi opřít? Kromě práv a povinností pacientů, jež jsou rozvěšena v nemocnici a jež se nijak neliší od kodexu, jež známe, je mnoho dokumentů, vyhlášek a příkázání. Existují také Policy and Procedures, které poskytují jakési vodítko. Přesto mnoho situací do těchto dokumentů zahrnout nelze, častokrát je třeba přemýšlet anebo reagovat velmi rychle. Jedná se riziko s touto prací

spojeným. Stále se balancuje na pokraji přijatelného a správného a neoprávněného. Hranice je častokrát velmi tenká.(5, 16)

4.3 Doprovázející osoba

V muslimských zemích a především v KSA je jedno velmi důležité specifikum. Každý hospitalizovaný má s sebou na pokoji doprovod. Často se jedná o členy rodiny či personálu zaměstnaného v domě rodiny. Ony osoby jsou zde proto, aby nemocnému pomáhaly, a zprostředkovávají kontakt s okolím. Tato přítomnost je často velmi problematická. Mnohokrát dochází ke konfliktům a nedorozumění ne s nemocnými, ale právě s doprovodem. Na pokoji je místo pouze pro dvě nemocniční lůžka, a k tomu je třeba uložit i onen doprovod a to dvakrát, zvlášť pro každého nemocného. To velmi znesnadňuje pohyb na pokoji, jakékoli manipulace s lůžkem, provádění hygieny a v neposlední řadě při „Code blue – 2222“ tj. při resuscitaci. Příliš často také dochází k narušení léčebného režimu právě doprovázející osobou, jež pravidla léčby a potřeby nemocné osoby nechápe, nedokáže nebo nechce porozumět.

4.3.1 Oprávnění, role a omezení a stanovení povinností pro opatrovníka klienta

- Doprovázející osoba, jež je zplnomocněna souhlasem, by měla doprovázet pouze daného nemocného a být jediná, kdo jej doprovází. Nesmí být nahrazena nikým jiným bez písemného souhlasu, či doprovázet jiného nemocného.
- Doprovod nemocného by měl mít nepřetržitě u sebe list s písemným potvrzením, že jde o doprovázející osobu, z důvodu bezpečnosti na klinice. Toto potvrzení musí být každý sedmý den obnoveno sestrou podle zdravotního stavu nemocného.
- Pokud toto doprovázející osoba nedodrží, souhlas s doprovodem nemocného je bezprostředně zrušen.
- Doprovod nemocného nesmí kouřit.
- Doprovázející osoba se nesmí vměšovat či zasahovat do lékařských či ošetřovatelských rozhodnutí, měla by se chovat mile a s respektem a kooperovat s celým ošetřujícím týmem pro blaho nemocného.
- Neměla by se pohybovat na jiném oddělení, než na jakém je nemocný hospitalizován.

- Měla by vstávat v sedm hodin ráno a jít spát v deset hodin večer. Nesmí používat lůžko nemocného a jeho ložní prádlo.
- Měla by pomáhat a asistovat sestře při polohování, koupání a mytí nemocného.
- Měla by dohlížet na denní aktivity nemocného a doprovázet jej na vyšetření, pokud si to nemocný přeje.
- Nesmí opustit nemocného z jakýchkoli důvodů, aniž by upozornila sestru.
- Pokud byla doprovázející osoba zaměstnána v domácnosti nemocného, zaměstnavatel musí být o tomto informován.
- Doprovod nesmí užívat telefon na sesterně a ani jakékoli elektrické zařízení bez uvědomění sestry.
- Nesmí přemísťovat žádné zařízení, či nábytek nebo ložní prádlo z pokoje nemocného a musí dohlédnout na to, aby závěs, chránící prostor a intimitu nemocného, byl vždy na svém místě, pokud je nemocný v lůžku.
- Měla by krmit nemocného pod dohledem sestry a používat všechny naučené metody při péči o něj k jeho maximální spokojenosti.(24)

4.3.2 Problematika doprovázející osoby

Většina z těchto pravidel nejsou dodržována. Na oddělení, kde jsem byla zaměstnána, tj. na ženském interním oddělení, se většina doprovázejících žen chovala velmi neadekvátně, s nemocnými nepomáhala, personál vystavovala konfliktům a těžko řešitelným situacím. Velmi často se ony doprovázející osoby shromažďovaly na jednom pokoji a organizovaly posezení, péče o svěřené osoby jim byla na obtíž. Při pokusu o vysvětlení jejich povinností a potřeb nemocného nerozuměly, pokud bylo využito služeb překladatelky, docházelo ke konfliktu i s onou překladatelkou. Naopak pokud byla doprovázející osoba opravdu zaměřena na péči o klienta a v mnoha případech se jednalo o dceru, byla její pomoc „k nezaplacení“. Dcery o své matky v těchto několika málo případech pečovaly s láskou a zastaly veškeré ošetrovatelské úkony jistě mnohem lépe a šetrněji, než sebelepší profesionál. Celkově jde pro nás Evropany o velmi zvláštní systém, z mnoha ohledů pochopitelný, a pokud by byl vykonáván v našem zdravotnictví, jistě by byl efektivní. Ne však v kultuře, která je mnohdy velmi specifická svým neomylným přesvědčením o vlastní pravdě.(24)

4.4 Překladatel

V multikulturním prostředí, jakým nemocnice v KSA jsou, je ústředním jazykem angličtina. Nemocní však většinou anglicky nemluví, mnohdy jsou negramotní, záleží na druhu nemocničního zařízení. V nemocnici, jež není akreditována či v soukromém zařízení většiny arabských zemí se personál většinou skládá z obyvatel, Filipín, Malajsie či Indie. Dle let praxe v arabských zemích je přímo úměrná znalost arabštiny. Nově příchozí personál však arabsky nemluví, proto jsou na každém oddělení k dosažení osoby, jež dokáže tlumočit z anglického jazyka do arabštiny. Mnohdy je to však problém, neboť úroveň anglického jazyka se velmi individuálně liší, a dle mého názoru porozumění vysvětlované problematice u překladatelů je závislé na profesních znalostech a daném problému. Stává se tak, že ačkoli je snaha o dorozumění sebevětší, někde mezi námi, překladatelem, doprovodem a nemocným dojde k porušení komuniké a informace se k druhé straně dostane skreslená. Je tedy velmi důležité vědět toho mnoho o samotné komunikaci tak, abychom mohli poskytnout adekvátní péči a v neposlední řadě se vyhnuli případným konfliktům, které jsou velmi nepříjemné a těžko řešitelné.(16, 24)

4.5 Saudští (muslimští) lékaři

V mnoha nemocnicích nevyhnutelně přicházíme do styku s lékaři se saudskou národností. Je to velmi specifické setkání a spolupráce s nimi není jednoduchá. Je svým způsobem štěstím, pokud na našem oddělení, v naší nemocnici je multikulturní tým lékařů. Samozřejmě je pak profesionalita, vysoká vzdělanost a předně zkušenosti z jiných zemí. Pokud je lékařský tým jen saudský, nebo egyptský, popřípadě pákistánský, difference v povaze a způsobu práce se vždy projeví.

Ostatní specifika či bližší přiblížení již zmíněných odlišností, zvláštností a kuriozit, stejně tak jak podrobnější popis toho, s čím se v praxi v této a zřejmě i jiné arabské zemi setkáváme, je uvedeno v praktické části mé práce.(24)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM V PRAXI V SAUDSKÉ ARÁBII

V dnešní době, kdy mnoho českých zdravotníků odjíždí pracovat za hranice naší země, je důležité zamyslet se nad tím, zda běžné standartní vzorce chování, způsoby ošetřování, komunikace a stanovení priorit jsou aplikovatelné i v kulturně a nábožensky odlišném prostředí. Zaměřila jsem se na muslimské země a specifika islámského náboženství, a svůj výzkum provedla v Saudské Arábii. Dovoluji si tvrdit, že výzkum je aplikovatelný na významnou většinu muslimských zemí, měst, či komunit, neboť Saudská Arábie jako ortodoxní islámský stát je ve svých zákonech a náboženských tradicích nejpřísnější. To, co je jinde dovoleno, zde je zakázáno. Pokud je však něco povoleno zde, ve „Svaté zemi Islámu“ v zemi Mekky a Mediny, je muslimům povoleno všude. Islám velmi úzce souvisí s chováním, reakcemi a očekáváním nemocného. Pokud má být ošetrovatelská péče vedena ve prospěch nemocného, vždy je nutné brát v úvahu všechny stránky jeho osobnosti a ujasnit si důležitost uspokojování potřeb. V případě, že se jedná o nemocného v muslimské zemi, je opatrnost, ohleduplnost a tolerance k jeho duchovním potřebám velmi zásadním předpokladem k úspěšnému vztahu zdravotník – nemocný. Lze očekávat nějaké překážky, které v tomto vztahu mohou nastat? A jakým způsobem komplikacím předejít?

5.1 Cíl výzkumu

Odhalit zásadní potřeby nemocných vyznávajících Islám, jejich přístup k onemocnění, ke zdravotníkům a ke způsobům léčby. Vysvětlit komunikační nástrahy a odlišné vnímání situací.

5.1.1 Dílčí cíle

- Odhalit potřebné informace o odlišnostech v potřebách a chování nemocných.
- Nastavit priority nemocných v závislosti na potřebě duchovního vyjádření.
- Sladit představu o kvalitně prováděné ošetrovatelské péči s faktem, že často nám toto není umožněno.
- Zjistit, jak reaguje na hospitalizaci nemocného rodina a vysvětlit rodinnou hierarchii.

- Uvést situace a modely chování, které jsou vhodné, a kterých se naopak vyvarovat.
- Zjistit, jaké situace jsou naopak pro nás, kdo poskytujeme ošetrovatelskou péči, méně přijatelné a jak s negativními pocity bojovat.
- Zaměřit se na zvládnání komunikačních nedorozumění s ostatním personálem různých národností.

5.1.2 Vysvětlení užitých pojmů

- RT – respiratory therapist – zdravotník, který má v péči nemocné s respiračními obtížemi na všech odděleních. Své nemocné obchází a je přivoláván k akutním případům dušnosti.
- Education department – oddělení, jež se stará o vzdělávání pracovníků a pravidelné proškolení. Je podporou při zaučování a zkušební doby. Vyučuje praxi saudské studentky ošetrovatelství.
- Medication exam – zkouška z podávání léků. Bez ní nelze podávat léky na oddělení. Je součástí zkušební doby. Hodnotí se znalost účinků, nežádoucích reakcí a interakcí s jinými léky. **Za nežádoucí reakci z důvodu interakce je v KSA zodpovědná sestra.**
- Pyxis – zásobník z léky, kde je přesný počet jednotlivých tablet a injekcí, napojený na systém v PC a léky z něj je možné vyjmout jen pod otiskem prstu. A pouze na jméno pacienta.
- OVR – occurrence variance report. Dokument, který se vyplňuje v případě nežádoucí události a přes systém se zasílá na oddělení kvality péče. Jsme vybízeni k tomu tyto reporty psát, často se však píše i v situacích, které mohou být vyřešeny na oddělení. A velmi často se tímto dokumentem vyhrožuje.
- Preceptor – školitel
- Policy and Procedures – standardy péče
- Consultant – nejvýše postavený doktor díky letům praxe a atestacím
- Abája – ženský černý oděv zakrývající celou postavu, spolu s nikábem i hlavu a tvář

- RN1 – registered nurse 1 – registrovaná sestra 1. typu, může se dle potřeby stát staniční sestrou
- RN2 – registered nurse 2 – registrovaná sestra 2. typu, její funkce je sestra u lůžka
- RN3 - registered nurse 3 – registrovaná sestra 3. typu, má podobné kompetence jako zdravotnický asistent
- Charge nurse – staniční sestra, pro každý den stanovena ze skupiny sester RN1, v našem zdravotnictví bychom ji mohli nazvat vedoucí směny

5.2 Základní výzkumné otázky

1. Proč je péče o nemocné v muslimských zemích tak odlišná od péče v našem zdravotnictví?
2. Uvědomují si zdravotníci, do čeho se pouštějí před příjezdem na místo a prací na konkrétním oddělení?
3. Co činí zdravotníkům největší problémy při adaptaci na nový způsob péče, komunikace, pravidel a hierarchie?
4. Je možné dočkat se při péči o nemocné v tomto prostředí nějaké satisfakce?
5. Jaké je doporučené chování pro zachování vnitřního klidu, asertivity a zvládnání stresu?
6. Pociťujete někdy příznaky psychického vyčerpání, kulturního šoku, či vyhoření? Z jakých důvodů a jak se svými pocity bojujete?

5.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Dle mého názoru nelze shrnout takto specifickou problematiku do pouhého statistického výzkumu. Můj výzkum je tedy kvalitativní a jedná se o soubor subjektivních pohledů, z něhož je vytvořen závěr, který bude předkládat hodnocení jako výstup mého výzkumu, včetně odpovědí na mé výzkumné otázky.

Pro výzkum si vybírám zdravotníky ze západní Evropy, překladatelku ze Saudské Arábie a sestru původem z Filipín, pracující dříve v Pákistánu, konvertující na Islám. Kvalitativní, osobní a velmi upřímné rozhovory jsou od zdravotníků z ICU – intenzivní péče, pediatrické intenzivní péče a interního oboru.

5.4 Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polo-strukturovaným rozhovorem, kdy všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas s ujištěním o absolutní anonymitě. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí, v příjemné atmosféře a mnohdy ve větší skupině. Z rozhovorů bylo vybráno to podstatné a konečná verze byla poskytnuta ke schválení. Z počátku jsem žádala o objektivní pohled a snažila se rozhovory časovat tak, aby druhá strana nebyla po náročné směně, či momentálně neřešila pracovní problém. Otázky jsem pokládala otevřené, nechávala jsem prostor pro vlastní iniciativu zpovídaného.

Dalším, velmi podstatným zdrojem informací je praxe mě samotné. Avšak v kontextu názorů ostatních se pokusím o zachování maximální objektivity.

5.5 Výzkum – rozhovory

Samotné rozhovory byly provedeny s výslovným souhlasem druhých stran. Informovaný souhlas tvoří součást příloh, originály s podpisy jsou v případě zájmu k nahlédnutí.

5.5.1 Respondent A

Pohlaví: žena

Věk: 26 let

Národnost: česká

Délka praxe: 4 roky

Nynější pracoviště: Intensive care unit – jednotka intenzivní péče

První z mých zpovídaných kolegyň je žena (respondent A), které je 26 let a pracovala v brněnské nemocnici na neurologické intenzivní péči. Otázky jsem cílila na její začátky v nemocnici v Saudské Arábii a první dojmy, neboť je zde ze sledovaného vzorku nejkratší dobu.

1. Dobrý den. Ráda bych mluvila o Vašich začátcích, jak dlouho jste v KSA a jaké byly Vaše první pocity?

Do KSA jsem přiletěla na začátku roku 2014. Jela jsem sem s představou, že mířím do špičkové, prestižní nemocnice, kterou řídí profesionálové a ve které pracuje profesionální tým. Ale je tu neorganizovaný binec, kdy levá ruka neví, co dělá pravá.

2. Než se dostaneme ke konkrétním problémům, jaká byla příprava před odletem do této velmi striktní a v podstatě pro běžného turistu nedostupné země? Uvědomovala jste si, do čeho se pouštíte?

Příprava byla náročná, obsahovala jazykové zkoušky, bez kterých není šance sem nastoupit, interkulturní přípravu, dle mého názoru nepříliš důkladnou, zdravotnickou angličtinu a kurz první pomoci v angličtině. A ano, uvědomovala jsem si to, ale realita je mnohem náročnější.

3. V čem ona interkulturní příprava vázla?

Nevím, dozvěděli jsme se sice zajímavé informace o kulturním šoku a Islámu, přesto, když sem přijedete, je to nepřenositelné. Pokud chcete před odjezdem kulturu tady alespoň trochu pochopit, doporučuji poshánět všechny možné knihy o specifikách této země. Pokud možno v angličtině. Trénujete tak nejen jazyk, ale přizpůsobivost na nadcházející šok. Já nic z toho neudělala. O to je to potom těžší.

4. *Pocít'ujete někdy příznaky psychického vyčerpání, kulturního šoku, či vyhoření? Z jakých důvodů a jak se svými pocity bojujete?*

Ano, cítím se mnohokrát velmi mizerně, a vím, že je to všechno dohromady. Těžká práce, komunikační bariéra, rodina je daleko...je mi smutno, jsem unavená a totálně „vysátá“. Ale vím, že si tím zde prošli všichni. Nejsem jediná a zvládnou to.

5. *V prvních okamžicích setkání s kulturou, nemocným, týmem spolupracovníků jste se tedy cítila jak? Vnímala jste, že děláte chyby?*

Samozřejmě jsme je velmi intenzivně vnímala, ač na obranu zdejších lidí musím říci, že mi to vysloveně nikdo nevytknul. Snažila jsem se být otevřená, ale nevěděla jsem podrobnosti. Třeba, že se nesmím muži dívat do očí. Během prvních dní jsem měla několik nabídek k sňatku, včetně lékařů. Dále, že nesmím sedět s nohou přes nohu, ukazovat podrážky je vrchol nezdvořilosti. A otočit se k nemocnému zády? To je v určitých ortodoxních rodinách také velký prohřešek. Mrzí mě, že jsem toto nevěděla dříve. Zvláště, když nyní vím, kolik dostupných materiálů pro studium muslimské kultury existuje.

6. *Proč je péče o nemocné v muslimských zemích tak odlišná od péče v našem zdravotnictví?*

Pokud jde o zaučování, nikdo se nám pořádně nevěnuje, dají nám milion papírů, zahltí informacemi a nechají plavat. Mně třeba na začátku špatně vyhodnotili krevní odběry - zaměnili jméno - a dali razítko práce neschopná. Pro někoho, kdo je tu úplně poprvé a je závislý na tom, kdo mu co řekne a co mu poradí, je to hodně těžký. Protože na začátku neznáte ty postupy a pravidla a vpravit se do nich bez pomoci nelze. Oni nás sice před odjezdem varují. Ale realita je o poznání horší.

7. *Jak byste tedy stručně popsala svoje pocity při konfrontaci s neznámým?*

Beznaděj, zoufalství a vztek, především proto, že mi každý říká něco jiného.

8. *Když si vzpomenete na první setkání s touto odlišnou kulturou, co vám činilo největší problémy při adaptaci na nový způsob péče, komunikace, pravidel a hierarchie?*

Všechno je tu úplně jiné, než si jen dovedete představit. Mezi Saudy jsou dle mé zkušenosti obrovské rozdíly. Od nevzdělaných uřvaných semetrik a s prominutím hulvátů, přes trochu uvědomělejší a vzdělané, až po lidi na úrovni a to nejen dojemem, ale celkově vzděláním a myšlením zaměřeným dopředu. Co mě však mile překvapilo a dojalo je krásné chování Saudů k blízkým. K jejich rodině, mají obrovskou úctu ke starým lidem (což je dáno i Koránem a tradicí – pozn. autora). Když mi na vozičku dva synové přivezli na refrakci svého staříckého otce, přidržovali jej s takovou láskou a opatrností, kterou jsem nikdy neviděla... Nebo jsem byla svědkem toho, jak novopečený tatínek zpíval modlitbu své čerstvě novorozené holčičce, měla jsem v tu chvíli na krajíčku. Ona hloubka toho prožitku, který do toho dal, když miminku zpíval, to pro mě už zůstane nesmazatelným zážitkem. Dalším nezapomenutelným zážitkem však bylo mé první setkání s jejich tetováním. Saudské ženy, zejména ty starší si namáčí špičky prstů anebo celé dlaně do Heny. Vypadá to jako suchá gangréna. V prvních chvílích jsem opravdu vážně přemýšlela nad tím, co je to za chorobu a jak to, že to tu nikdo neřeší.

Pokud jde o kolegy, je to samozřejmě individuální. Všeobecně ale můžu říci, že Filipinky jsou docela fajn, ale problémy vidí jen omezeně, do hloubky nikdy nejdou. Nikdy nic nevyřeší dokonce, nikdy neudělají víc, než musí - protože daný postup na papíře nemají a samotné je to nenapadne. Naprosto dokonale a stále dokola dělají to, co se jednou naučily. Sestřičky z Indie jsou dřičky, jsou tvrdší a mnohem míň přátelské.

9. *Jaké konkrétní rozdíly v péči ve srovnání se zdravotnictvím u nás vnímáte?*

Pacienti zde si velmi často stěžují. Nedivím se. Nedostanou totiž téměř žádné informace. Edukace je zde stále nedostatečná, protože sama o sobě je otázkou kliknutí na formulář v PC. Ale že nemocným neřekl ve skutečnosti nikdo nic, to je druhá věc. Proč to tak je? Na jednu stranu je zde jazyková bariéra, není čas čekat na tlumočníka, hrnou se další úkoly. V systému to musí být napsané co možná nejdříve a když to neudělám hned, zapomenou, a pak po měsíci začne křičet kdosi z oddělení kvality, že nemáme v pořádku dokumentaci - protože to je tady jediné, co je zajímavé - mít 100% péči na papíře.

10. Můžete dělat svoji práci podle svých představ?

Rozhodně ne, musela bych přestavět a přeorganizovat nemocnici, předělat personál. Například nějaká bazální stimulace na ICU nikomu nic neříká a do tohoto blázince tady je neaplikovatelná. Nevím, jestli se to někdy změní. Je tu Judith, něco jako hlavní sestra, a dle ní je velmi těžké tu něco prosadit. Ona je z Nového Zélandu a je zvyklá, když něco nařídila, že se hned podle toho všichni začali chovat. Tady to prý trvá minimálně rok, než příkaz vůbec někdo zaregistruje. Je to cesta odporu...ne pozitivních změn. Například tu mají velmi mnoho dekubitů. Přestože je povinností nemocné polohovat, na převazy ale není materiál, nebo je nevhodně zvolený, cílená péče podle stupně poškození je jen na papíře a nikdo to neřeší. A je nás tu velmi málo.

11. Jak se Vám se Saudy a s multikulturním personálem komunikuje?

Na jednu stranu překvapivě dobře. Velmi snadno se dá pochopit, jakým způsobem se řeší ošetrovatelské a lékařské otázky. Mají samozřejmě odlišný přízvuk angličtiny, ale je možné si na něj zvyknout. Lékaři mají také svůj specifický styl vyjadřování, ale opět po několika týdnech vám to ani nepřijde. Horší, ne-li přímo neřešitelné však je, pokud chcete vysvětlit nějaké své pohnutky, názor, náhled na situaci, nebo dokonce souvislosti. Nerozumí tomu. Nedokážou to a hlavně nechtějí to pochopit. Jak Saudi, tak Asiaté. Narazíte na bariéru, přes kterou se nedostanete. A to je velmi frustrující.

12. S tímto problémem se setkáte i u nemocných? Jak s těmi se komunikuje?

Tam je to podstatně horší, neboť komunikujete přes třetí osobu, což je překladatel. Často není snadné vysvětlit samotnému překladateli, co chcete sdělit, těžko pak můžete čekat pochopení od nemocného. Filipínský personál to řeší velmi zvláštním způsobem. Ignorací. Pokud se dostane do konfliktu, který nedokáže řešit, nebo po něm pacient či rodina něco žádá, prostě neslyší. Nerozumím tomu. A protože to sama nedokážu, je tato práce psychicky hodně náročná.

13. Jaké jsou priority nemocných?

Jednoznačně víra, tradice, rodina. A dle mého názoru pochopení. Měkrát nerozumím, ale stačí se snažit, chápat, že pro nemocného je to důležité. Pak také jídlo, káva, a spánek.

14. Jakým způsobem si udržujete duševní klid?

Spánkem. Nic jiného tu nedělám, když mám volno, spím.

15. Přináší Vám Vaše práce pocit uspokojení?

Občas ano. Někdy mám pocit, že jsem dokázala udělat to nejlepší, co v dané chvíli bylo možné. To není jednoduché, často se práce komplikuje, protože v jedné chvíli je v situaci zainteresováno hodně lidí a tak nějak se něco někde zasekne. Proto pokud je léčba, vyšetření, procedura, nebo jen běžný ošetrovatelský den dotažen do konce a můj nemocný je spokojený, mám pocit dobře odvedené práce. Je to ovšem zřídka kdy.

16. Co je tedy hlavní motivací každý den vstát a jít do práce?

Nebudu si nic nalhávat, jsou to peníze. Plat je tu opravdu královský, ale věřte, je tvrdě vydřený. Celý den, celých dvanáct, někdy i čtrnáct hodin jste v permanentním střehu, naprosto soustředěná, ani chvíli nejde vypnout, protože když nic jiného, soustředíte se na jazyk. A nějaká pauza na oběd? To bývá dobrý vtíp. Pokud si udělám pauzu na oběd, vím, že o to tu budu déle. Nejméně. Je to náročné. Ale je to obrovská zkušenost. Nechci nikoho odrazovat, jen je dobré vědět, že to není jen pohádka o snadno vydělaných penězích.

Děkuji za rozhovor a přeji hodně štěstí a sil do další práce.

5.5.2 Respondent B

Pohlaví: žena

Věk: 44 let

Národnost: saudská

Délka praxe: 4 roky

Nynější zaměstnání: překladatelka v Security Forces Hospital

Druhou respondentkou (respondent B) je žena saudské národnosti, která pracuje v nemocnici na pozici překladatelky a pro můj přehled se zdála být cenná. Má možnost jako jedna z mála vidět problém z obou stran, nebrání jí jazyková bariéra a kulturní odlišnost. Její prací kromě překládání nemocným je i administrativní práce v případě příjmu a propuštění nemocného a hlavně zajišťování stále přítomnosti na recepci, kde zvedá a vyřizuje telefony. Bylo by to veliké usnadnění chodu oddělení, nicméně za dobu mé přítomnosti zde jsem ji při této činnosti viděla dvakrát.

1. Dobrý den, na začátek našeho rozhovoru se prosím představte a řekněte nám něco o Vaší profesi.

Jsem po matce napůl Angličanka, po otci Saudka. Matka mě od mala učila anglicky, proto pracuji v Security Forces Hospital jako překladatelka. Je mi 44 let, mám dvě dcery, mladší je postižená Downovým syndromem.

2. Vzhledem k tomu, že jste Saudka, zajímá mě Váš pohled na nemocné v této zemi, jak přijímají nemoc, smrt a jakou roli v tom všem hraje náboženství?

Naše víra v Boha je velmi silná, Islám je to to nejzásadnější v našem životě. Vše je tím tedy ovlivněno, i vnímání nemoci. V podstatě pokud někdo onemocní, je to vůle Boží. To samé léčba, uzdravení i smrt.

3. Vím, že pokud je nemocný postižen velmi vážnou chorobou a jeho prognóza není dobrá, není o tomto faktu informován lékařem. Proč to tak je?

Lékař nemůže určit prognózu, neboť vždy je to v rukách Božích. A my přece nikdy nevíme, jaké má Bůh záměry.

4. Jakým způsobem se tedy připraví rodina na fakt, že jejich blízký umírá?

Se smrtí a její možností jsme smířeni všichni. Je to přece jen začátek něčeho nového. Vzhledem k tomu, že každý z nás praktikuje víru, víme, že bude dobře. Rodině se tedy neříká, že tento stav přijde. Když přijde, je to tu a nezbývá, než to přijmout.

5. Často jsem však byla svědkem, že rodina tento fakt nepřijala. Loučení se zemřelým pak probíhá velmi bouřlivě a vina se často svaluje na personál...

Ano, protože rodina vždy věří, že Alláh pomůže. Ale bouřlivé reakce jsou nevhodné. V podstatě jsou Koránem zakázané, protože pokud se první tři dny po smrti blízké osoby pláče, mrtvý nemá klid a nemůže v klidu odejít do ráje.

6. Jaká další přikázání o se týká nemoci Korán má?

Nevím, jestli to souvisí přímo s nemocemi, ale jsme například hodně pověřčiví. Často uvidíte Saudy zařikávat a provádět různé rituály, které, upřímně, jsou pro nás mnohem zásadnější, než naordinovaná léčba.

7. Ano, jednou jsem byla svědkem rituálu, kdy dcera svou matku polévala při hygieně vodou a cosi při tom říkala. Byla velmi soustředěná. A stejnou vodu jsme pak musely nemocné dávat pít.

Ano, jednalo se o vodu, jež byla nějakým způsobem posvěcená. A ta soustředěnost byla trans. Při těchto rituálech je to běžné. Jak to s paní dopadlo?

8. Její stav se opravdu zlepšil.

Tak vidíte. Další běžnou věcí je, a na to pozor, že pokud pochválíte někomu dítě, jako byste jej uřknuli. Saudi to vnímají velmi nepříznivě a musí potom provést očistný rituál. Pokud vás pozvou k jídlu, nesmíte odmítnout, je to urážka. A pokud vám něco darují, opět nesmíte odmítnout. Nikdy nesmíte vyvracet věci, které souvisí s vírou, nezakazujte například nosit vlastní oblečení, má to svůj význam.

17. Proč je péče o nemocné v muslimských zemích tak odlišná od péče ve zdravotnictví v západních zemích? Máte tu zkušenost?

Nesouvisí to ani tak s vírou. Protože my si to tak nějak umíme prosadit a zřejmě jsme ve vyjádření vlastního přesvědčení hodně silní. Anebo vy jste dobře připravení. Ale často se nesejdete, nebo ostatně nesejdeme, v komunikaci. Máte jinou mentalitu, často nerozumíme tomu, co po nás chcete. Jak já, jako překladatelka, tím méně nemocní a příbuzní.

18. Co nám tedy činí největší problémy při adaptaci na nový způsob péče, komunikace, pravidel a hierarchie?

Ona nedorozumění, to, že si myslíte, že když to myslíte dobře, musíme to chápat. Není to tak, my nevíme, jak to myslíte a po mnohaletých zkušenostech s nemocnými zde musím říci, že je nám o i jedno.

9. Ano tuto zkušenost mám. Jak se k tomu postavit?

Udělat, co chtějí. A kdy to chtějí.

10. A pokud to není možné, pokud mám na starosti více nemocných, každý něco chce nejlépe ihned a já musím určit priority?

Mám jen jednu odpověď. Udělat co chtějí.

11. Dobře. Ted' jinak. Sama jste nejen zaměstnanec nemocnice, ale jistě máte zkušenost i jako pacient, či blízká osoba. Jaké to je?

Já to nemůžu tak dalece hodnotit, mluvím totiž anglicky, personálu tedy rozumím. Ale vím, že pro mé krajany, jež tu znalost jazyka nemají, je to frustrující. Vezměte si situaci, že jste celý život v kruhu rodinném, s lidmi, kteří jsou vaši blízcí, mluví stejným jazykem a maximálně vás respektují. Najednou onemocníte, což je vůle Alláhova, a dostanete se do prostředí, kde nikomu nerozumíte, cizí lidé jiné národnosti a náboženského přesvědčení se o vás starají, svlékají vás, myjí a rozhodují o tom, co a jak máte dělat. Je nemožné se na to rychle adaptovat, kdoví, jestli vůbec. Proto často v nemocnici člověk

ukazuje tu horší tvář. Proto je u něj rodina, která velmi tvrdě hájí jeho zájmy. A proto si jej velmi brzy berou domů, a v případě, že to nelze, zařídí, aby se o něj někdo příkladně staral. Příliš vám, personálu, nevěří.

12. Myslíte si, že si uvědomujeme, do čeho se pouštíme před příjezdem do Saudské Arábie a prací na konkrétním oddělení?

Myslím si, že zdaleka ne, i když už je to mnohem lepší. Je vidět, že o muslimské kultuře již máte nějaké informace.

13. Ano, to je pravda. Lze si tedy důvěru nemocných nějak získat?

Ano, ale je velmi křehká. Musíte dělat to, co chtějí. A chápat, že nerozumějí tomu, že to nejde. Vy jako Evropanka to máte trochu jednodušší. My totiž uznáváme křesťanství jako plnohodnotné náboženství, poselství Knihy a Ježíše jako významného představitele. Nicméně pořád nejste naši lidé.

14. Vyřeší tento problém více saudských sestřiček? Vyřeší problém s komunikací a adaptací nemocných?

Nevím, nemyslím si, že by byly ochotné dělat to co vy. Tak náročnou práci. Muselo by jich být na oddělení mnohem, mnohem více.

15. Všímate si na nás někdy příznaků psychického vyčerpání, kulturního šoku, či vyhoření?

Ano, je to očividné, hlavně na začátku. Jste většinou strašně nadšené, zvláště po prvním úspěchu. A pak, po měsíci, dvou, chodíte jako mátohy. Vnímají to i nemocní, vím, že je to těžké. V tu chvíli byste se mohli začít modlit.

Děkuji za rozhovor.

5.5.3 Respondent C

Pohlaví: žena

Věk: 35

Národnost: slovenská

Délka praxe: 12 let

Nynější zaměstnání: Pediatric intensive care unit – pediatrická jednotka int. péče

Má respondentka C pracovala v Bratislavě na dětském ARO. Je magistra ošetřovatelství, velmi chytrá, věcná, sečtělá a svou práci miluje. Rozhovor byl velmi emotivní, neboť jak mi sdělila, nezastihla jsem ji v dobrém období. Nacházela se právě v té horší fázi. Fáze relativní pohody s naprostou beznadějí se totiž v Saudské Arábii neustále střídají.

1. Dobrý den. Pracujete na pediatrické intenzivní péči v Saudské Arábii. Mohla byste se nejprve představit a poté sdělit Vaše zkušenosti a poznatky z praxe zde?

Ráda. Pracuji PICU (Pediatric Intensive Care Unit) v Security Forces Hospital rok a půl, před tím jsem byla šest let zaměstnána na dětském ARO v Bratislavě. Měla jsem představu špičkové jednotky. Teď jste mě ale zastihla ve zvláštní dobu, na všechno nadávám, hlavně na to, jak moji kolegové absolutně nejsou schopní přijmout jakoukoli změnu v poskytování péče.

2. Myslíte, že je v systému poskytování péče v Saudské Arábii potřeba udělat změnu?

Ano. Nevím, jestli v Saudské Arábii jako takové, ale v naší nemocnici zcela určitě. Personál je však ke změnám naprosto imunní. Ze začátku všechny návrhy na zlepšení, úsporu času, efektivnost pro nemocné apod. ignorují. Nesouhlasí, vysvětlují, proč to není možné, že to není v Policy and Procedures a že se to nesmí. Ale není to pravda. Hodně věcí tam vyloženě zakázáno není, takže co není zakázáno, je povoleno, pokud je to třeba.

3. Například?

Například nebudu se přeci dívat na to, jak se mi dítě na ventilátoru dusí jen proto, že o ventilátor se stará Respiratory Therapist a ten je kdoví kde, a doktor to samé.

Na ventilátor prostě sáhnu, a když vím, jak upravit režim, udělám to. Oni z toho mají oči navrch hlavy. A nejhorší je, že by se opravdu dívaly, jak se to dítě dusí.

4. Zpočátku, při pohovoru nás zástupkyně nemocnice lákala na to, že budeme moci sdílet naše zkušenosti. Respektive od nás chtěla slyšet, že jim tyto zkušenosti nabízíme. Je to možné v kolektivu nějakým způsobem praktikovat?

Předně, já jsem nikdy neměla s kolegyněmi nějaký závažný problém. Pracovat v multikulturním týmu má své velké výhody i nevýhody. Musíte se přizpůsobit. Ale jak jsem již řekla, mám opravdu velký problém s tím, že nejsou ochotni přijmout změnu. A ani ji nepřijmou. Dělá se to tu tak několik let a taky se to tak dělat bude. Nezáleží na tom, že to není dobrý postup. A o naše zkušenosti nestojí, naopak.

5. Proč je péče o nemocné v muslimských zemích tak odlišná od péče v našem zdravotnictví?

Neposouvá se to vůbec nikam. To já jsem byla nucena udělat krok zpět, protože jsem pochopila, že ta změna nepřijde. Oni jsou tu přece v 15. století. A to doslova. Teď mám období, kdy se nedokážu smířit se zdejší byrokracií. Je neuvěřitelné, kolik tu mají papírů, a každou chvíli přijde tým z oddělení kvality a přinese další. Nemá to ale žádný systém. Některé věci jsou opakovaně na více dokumentech, je to nesmyslné a strašně únavné. Na druhou stranu je dokumentace nečitelná, protože v lékových ordinacích se škrtná, přepisuje třeba i několikrát, je to nepřehledné, po doktorech ale i sestřích to nelze přečíst. Sestry sami přiznávají, že píší nečitelně schválně, aby případný chybný záznam byl neprůkazný. Do počítače se vše skenuje, až když je pacient přeložený. A doktoři jsou tu strašně líní, u nás hlavně dva ze tří. Ten akční sice něco dělá, ale ne vždy mu to vyjde. Za poslední měsíc 4 reintubace a 4 tenzní pneumotoraxy! A samozřejmě hrudní drén. Teď léčíme například miminko s váhou 3 kg, které má 4 hrudní drény. To jsem v životě neviděla. Z toho děťátka je sítko na proplachování těstovin! Chtěla jsem přejít do jiné nemocnice, tam je ale mnohem nižší plat a nikde není psáno, že je to lepší. I když předpokládám, že ano, mají přece edukační a výzkumná centra. Každopádně toto není medicína, to co tu dělají. Ohrazují se Policy and Procedures a když jim řeknu, že podle přece toho neděláme, že tam je postup také jiný, odpoví, že oni si jej vylepšili a funguje to. Nezáleží na tom, že na každém jiném oddělení by toto bylo nepřipustné.

6. Čím se zde hodnotí kvalita péče jako takové?

Probíhají tu audity, školení, máme zažádáno o akreditaci. Je to podobné, jako u nás. Ale vše je jen na papíře. I kdyby byla snaha, která není, je velmi těžké něco změnit, něčeho dosáhnout, když chybí znalosti, dovednosti, základní touha rozvíjet se.

7. Uvědomovala jste si, do čeho se pouštíte před příjezdem na místo a práci na tomto oddělení?

Ano, měla jsem hodně informací, přesto realita je jiná. Ono něco jiného je vědět, že to bude těžké, a co konkrétně bude těžké, a něco jiného ty těžké chvíle prožívat.

8. Učinila byste stejné rozhodnutí, vědět tato fakta před odjezdem do KSA? Nezůstala byste raději ve své zemi?

Ano, šla bych do toho přes to všechno znovu. Hodně věcí jsem pochopila. Naučilo mě to počítat, kontrolovat, nevěřit nikomu, vše zapisovat, a hlavně vážit si své země, svých lidí a kvality péče u nás. Nejtím sem, toto bych nepochopila. A mít u nás v systému ty stejné peníze jako zde, byli bychom ve světě naprostá kapacita. Kdyby k nám na PICU přišel mladý doktor od nás, vytřel by zrak i zdejším přednostům oddělení.

9. Co Vám činilo největší problémy při adaptaci na nový způsob péče, komunikace, pravidel a hierarchie u nemocných?

Nemám problém s nemocnými, ale s lékaři. Ti jsou ale také Saudí, takže možná je to kulturou, že jsou takoví pohodlní. A možná tím, že někteří nevystřčili paty ze KSA a neví, jak to funguje ve světě. Nezajímá je to, myslí si, že dělají to nejlepší. Neví, že všechno je třeba si zasloužit, a tvrdě na všem pracovat. Někteří si myslí, že vše přijde samo a „Inša'allah“ (*dá-li Bůh – pozn. autorky*) bude lépe. Netvrdím, že jsou všichni hloupí, někteří vědí neuvěřitelné množství věcí, ale neví, jak je využít v praxi. Nebo jim to možná nemá kdo ukázat.

Každopádně je mnoho věcí, které jsou tu zavedené a u nás naprosto nepředstavitelné. Například mnoho dialyzovaných nemocných má hepatitidu typu B. Prý je to přece normální. Nebo lékaři a samozřejmě i sestry nedodržují sterilitu. Lékař jde dělat punkci kostní dřeně v džínách a botaskách, a postup není ani trochu sterilní. U nás, troufám si tvrdit, by za to byl vyhazov. Tady se ještě panu doktorovi klaníme, jak rychle je se vším hotov.

10. Mám podobné zkušenosti. Je to velmi frustrující, že?

Ano, je.

11. Pociťujete někdy příznaky psychického vyčerpání, kulturního šoku, či vyhoření? Z jakých důvodů a jak se svými pocity bojujete?

Teď už je to lepší, ale ze začátku to bylo strašné. Deprese, smutek, pláč, touha jet domů. Tím si zde projde opravdu každý. A každý si to prožije po svém. Nechci o tom mluvit, nechci odrazovat, jen děkuji za to, že zde mám přátele. I mezi filipínskými kolegyněmi. V soukromí jsou to zlaté holky. V práci bych je ale kolikrát zaškrtila.

12. Jaké máte na PICU nejčastější diagnózy?

Bronchiolitidy malých miminek. To když je matky v době pití kávy odloží prakticky kamkoli. Matky se tu neumí příliš starat o své děti. Funguje tu kvantita, ne kvalita. Míváme tu děti i po operacích, ale to nejspíš stopnou po velmi špatných zkušenostech s našim oddělením. Došlo tu k několika velmi vážným chybám. Tím, že díky systému to dítě patří po operaci chirurgům a jedině ti si mají vše ordinovat, když se něco děje a chirurg nepřijde, nic se neudělá. Každý tu hledí jen na sebe. Protože pokud u nás lékař náhodou něco naordinuje a chirurg to odmítne, hned se píše OVR. A konzultace s jinými doktory tu není příliš častá.

13. A ošetřovatelské problémy?

Co je naordinované, je udělané. Nejsou však schopni udělat pro to děťátko víc. Bojí se, že přijde doktor a vynadá jim, nebo co já vím.

14. Jak vnímáte kulturní rozdíly? Musela jste se dlouho adaptovat?

Ne, s tím nemám žádný problém. Oni jsou k nám, Evropanům, všeobecně mnohem mírnější. Nemusíme se zahalovat, abáji dnes můžeme mít téměř rozepnuté tak, aby vykukovaly šaty, když náhodou stojíme ve frontě pro muže, jemně nám je naznačeno přejít do správné řady. Jezdíme taxíkem, chodíme sami po ulicích, jen pít alkohol se samozřejmě nesmí. Co se týká jejich pravidel, když začne modlitba, vše se zavírá. Pokud zrovna jsem v obchodě, mohu vybírat o půl hodiny déle, než se otevře kasa. V bance jsou milí a nefunguje žádná diskriminace. Je to asi lepší oproti informacím, s nimiž jsem se jela.

Ale zpět k mé práci. Překvapilo mě, že matky tu nejsou příliš aktivní, co se týká péče o děti. Setkala jsem se snad jen se třemi matkami, které mi aktivně pomáhaly při péči. Ostatní přijdou jen na návštěvu a pak milionkrát volají. Ale to je vše. Chybí mi tu, že by si s dětmi hrály, povídaly....

Naopak dětičky jsou tu úplně skvělé. Nemají problém usnout, když si s nimi povídám, tak koukají. Jsou totiž rádi, neměla jsem ještě problém, že by mi miminko plakalo celou noc, ale to je asi tím, jak k nim přistupuji. A co se týká rodičů, mám výhodu, že jsem bílá a Evropanka. Rodiče mi díky tomu asi více důvěřují.

15. Co dalšího Vám ve Vaší práci nejvíce chybí?

Chybí mi tu důvěra ze strany lékařů a týmová práce. Tady je lékař, dlouho, dlouho nic a pak teprve sestra. Ale to je dle mého názoru vytvořené tím, že ty Filipínky příliš nevědí, jak na ně.

16. Jak relaxujete a udržujete si duševní pohodu?

Spím. A občas nakupuji.

17. Na závěr, prosím, jaká je Vaše nejhorší zkušenost z práce v KSA a naopak, kdy cítíte alespoň nepatrnou satisfakci?

Nejhorší byl tento týden, je to ještě velmi čerstvé. Jeden den jsem navrhla lékařům množství věcí, které je dobré udělat u jednoho děťátka. Máme to doporučené ze školení o týmové

spolupráci, diskutovat názory s lékařem, pomoci mu se rozhodnout apod. On mě však, přestože si evidentně nevěděl rady, naprosto ignoroval a nevolal ani staršího lékaře. Druhý den se dítě velmi zhoršilo a nakonec došlo na moje slova. Velmi mě to ranilo, a dokonce jsem si kvůli tomu miminku poplakala.

A dobrým zážitkem je chvíle, kdy cítím, že mi doktoři (i když ne všichni) a rodiče důvěřují. Není to často, ale občas se to stane a já z toho pak čerpám ještě mnoho dalších dní. Často také bývám neodbytná a oni už nevědí, jak mi vyhovět, a nechají mě udělat si to po svém. A občas mi nosí kávu. Což - upřímně – filipínské kolegyně mohou puknout vzteky.

18. Tomu věřím.

Přesto ze strany některých kolegyň občas cítím to samé, důvěru. Ptají se mě na názor, či to můžeme udělat tak nebo onak. Je pravda, že hlavně ty starší mě berou jako konkurenci, ale občas tu důvěru cítím.

Děkuji za rozhovor a přeji hodně úspěchů.

5.5.4 Respondent D

Pohlaví: žena

Věk: 34

Národnost: filipínská

Délka praxe: 14 let

Nynější zaměstnání: Female Medical – ženské interní oddělení

Závěrečný rozhovor je veden s mou kolegyní (respondentka D) na ženském interním oddělení. Byla cca týden má školitelka, její způsob vedení byl milý a trpělivý. Ve svých postojích, kterými obhájí systém práce na oddělení je však nezdolná. O názor druhé strany nestojí, jako ostatně téměř nikdo z mých kolegyň z Filipín či Malajsie. Otázky směřovaly k tématu rozdílného systému péče a ke konkrétním situacím, a aniž by to bylo mým záměrem, ukázalo se, že v mnoha tématech se diskuze nepřipouští.

1. Dobrý den, jste jedinou zástupkyní svých kolegyň z odlišného kulturního prostředí. Můžete se nám trochu představit, než se dostaneme ke konkrétním otázkám?

Jsem muslimka, pocházím z Filipín, jsem vdaná za muslima z Pákistánu a ve zdravotnictví pracuji 14 let.

2. Celých 14 let jste zde v Saudské Arábii?

Ne, znám prostředí zdravotnictví z Pákistánu a Libanonu. V těchto zemích jsem pracovala na ambulanci, nyní jsem šestým rokem zde na ženském interním oddělení jako sestra u lůžka.

3. Mění se postupem let nějak Vaše práce? Přicházejí změny, které práci zlehčují, zefektivňují, či zhoršují?

Změn je hodně, ale přicházejí pomalu. Spíše nám práce přibývá. Je hodně dokumentace, hodně zaučování nových sester, hodně nových kompetencí.

4. Jaké jsou Vaše kompetence? Co když nastane nějaká krizová situace?

Naše kompetence jsou jasně stanoveny ve standardech péče. Krizové situace řešíme dle těchto pravidel.

5. *Je možné na základě těchto pravidel zvládnout všechny situace?*

Jsem přesvědčená, že ano.

6. *Je Vaše péče vždy závislá jen na Vašich schopnostech, nebo se musíte spoléhat i na další pracovníky?*

Narážíte určitě na liknavost lékárny, která jediná může zásobit oddělení například život zachraňujícími léky. Ano, občas se stane, že léky nejsou dodány bezprostředně. Ale s tím se nedá nic dělat. Takové jsou předpisy. Všechny naordinované medikace jsou dostupné v Pixies. Pokud potřebujeme něco akutně, pošleme žádanku do lékárny a čekáme, než nám lékárna lék připraví a pošle.

7. *Často se však stává, že tato procedura zabere i celou hodinu. Kdyby byly léky na oddělení, je infuze připravena do pěti minut od ordinace.*

Možná. Ale nad tím nemá smysl přemýšlet. Vše je dle předpisů, bráníme tak zneužití léků.

8. *Co Vám činilo největší problémy při adaptaci na nový způsob péče, komunikace, pravidel a hierarchie?*

Neměla jsem s tím nikdy žádný problém. Jsem muslimka, a zdejší systém znám. Vám to ale nezávidím.

9. *Pocítujete někdy příznaky psychického vyčerpání, či vyhoření? Z jakých důvodů a jak se svými pocity bojujete?*

Někdy jsem unavená, ale nenazvala bych to syndrom vyhoření. Slyšela jsem ten termín, ale nevěřím, že může nastat něco takového. Mám rodinu, skvělou práci, nemám důvod být zoufalá.

10. Dobře. Ráda bych mluvila o věcech, které jsou u nás odlišné. Například dobře víte, že mě velmi překvapilo, že v případě podávání transfúze neděláme sangvitetst a biologickou zkoušku. Vám nevadí, že těsně před podáním na vlastní oči nevidíte, že dáváte kompatibilní krev správnému nemocnému?

Já přece vím, že podávám správnou krev. Je to dle protokolu. Je to kontrolováno v krevní bance. Chyba se stát nemůže. A biologická zkouška se opravdu nedělá. Není nutná.

11. Říkala jste, že Vám hodně práce přidělovává zaučování nových sester. Je u Vás častá fluktuace?

Ano. Máme stále málo sester, a každou chvíli zaučujeme někoho nového. Je to náročné.

12. Je náročnější zaučit kolegyně, které mluví stejným jazykem? Všimla jsem si totiž, že často používáte rodný jazyk pro komunikaci mezi sebou.

Ano je to snazší, samozřejmě mnohem lépe věci pochopí kolegyně, které to vysvětlím rodným jazykem. Ale to se nesmí, používáme jej tedy minimálně.

13. Mnohokrát jsem byla svědkem a při zaučování se mi také stalo, že když má preceptorka demonstrovala například telefonát na jiné pracoviště, místo představení se zeptala, zda je na druhém konci „Filipino“, a přepnula do rodné řeči.

To je nepřipustné, určitě použila angličtinu. Takto by její zaučování bylo k ničemu, když jí nerozumíte.

14. Stalo se to, nemám důvod si to vymýšlet. Vy víte, jak to tu chodí. Evropany tu moc rády nemáte. Řekněte mi, prosím, proč? Třeba s tím můžeme něco dělat.

Není to nic osobního, to sama víte. Jen velmi často po roce, dvou, zaujímáte místa, která mi nemáme šanci obsadit nikdy. Možná dříve, ale ne teď, kdy sem přichází mnohem více lidí ze Západu. My se musíme přizpůsobovat, často jsme muslimky, nebo konvertujeme na Islám. Vy ne. A máte mnohonásobně vyšší platy. Což samozřejmě není spravedlivé.

15. S tím souhlasím. Ale víte, že ač jsme zde placení královsky, za rok si v poměru na naši měnu nevyděláme zdaleka tolik, co vy? Vaše země je levná, naše téměř nejdražší v Evropě.

Ano, ale já žiji v Rijádu. A jen proto, že jsem národností z Filipín, mám čtyřikrát nižší plat než vy.

16. Chápu. Můžete mi, prosím, říci, jak vypadá zdravotnictví ve Vaší zemi, v Libanonu a Pákistánu? Ve srovnání s KSA? Dají se poznatky ze zdejší péče nějak všeobecně na tyto muslimské země aplikovat?

V mé zemi je to mnohem horší. Tady je úžasný systém, vše funguje, a vše je organizované. V Libanonu je to podobné, Pákistán je chudá země, zdravotnictví nemá žádnou úroveň. Ale co se týká potřeb muslimských nemocných, je to téměř stejné. Prioritou je praktikování víry, rodina, zvyky, strava, rituály. Nezáleží na tom, jak moderně je nemocnice vybaveny, jací lékaři jsou v ní zaměstnaní. Vše je přece v rukou Alláha. Pokud on chce, aby se nemocný uzdravil, uzdraví se. A my, jako ošetřující osoby, se musíme přizpůsobit. Pokud budete muslimka, půjde to lépe.

17. Myslíte si, že je péče o nemocné v muslimských zemích odlišná od péče ve zdravotnictví v západních zemích?

Myslím si, že péče je tu stejná. Jen pravidla víry jsou tu velmi silné. A na to asi nejste zvyklí.

18. Uvědomují si zdravotníci ze západních zemí, do čeho se pouštějí před příjezdem na toto místo a prací na konkrétním oddělení?

Určitě ano, alespoň zdravotníci z Asie určitě. Jsou na kariéru zde náležitě připraveni již od prvních dnů ve škole. Zdejší systém známe, učíme se jej a víme, jak s ním pracovat. Jak je to u vás, netuším, vím jen, že vaše profesní uplatnění zde je individuální.

19. Co si myslíte o zdejší edukaci a následném dodržování léčebného režimu nemocným?

Edukace tu vážne, to je pravda. Opět je to vlivem kultury. Muslimové nebudou poslouchat řeči o tom, že nesmí jíst sladké datle, protože mají cukrovku. Datle jsou národní jídlo, sladké pečivo je součástí každého chodu. Není možné jim to zakázat.

20. V době mého zaškolování jste byla chvíli má preceptorka. V čem děláme při styku s Vaší kulturou největší chybu?

Nejste schopni se přizpůsobit, chcete tu zavádět vaše pravidla, jako kdyby byla lepší. Já si to nemyslím. Vše funguje, tak jak má, a pokud vám to nepřijde správné, nikdo vás tu nedrží. Toto jsou špičkové kliniky. A standardy péče jsou převzaty z vyspělých zemí.

21. To je pravda, přesto mezinárodní akreditaci tato nemocnice nemá. Je pro to nějaké vysvětlení?

Momentálně jsme v procesu získání kanadské akreditace Magnet. Vždy se ale někde stane něco nepředvídatelného a pravidla pro poskytování péče se musí změnit. Proto nám to tak dlouho trvá. Vše je ale v pořádku. Systém sledování kvality a systém vzdělávání máme perfektní.

22. Co si myslíte o muslimských tradicích? Není toto náboženství etnocentrické?

Sama jsem muslimka, jak myslíte, že odpovím? Nemyslím si to, jsme přece tolerantní ke křesťanům i židům. A to, že máme svá pravidla je přece dobře. Víme, co je správné, co od nás Alláh žádá a čím se mu můžeme znelíbit. A umíme s tím pracovat.

23. Myslíte si, že přítomnost kolegů ze západních zemí s vyspělým a kvalitním zdravotnictvím může být v nemocnici potažmo na tomto oddělení přínosem? I když nejsme muslimové?

Určitě ano. Jen musíte pochopit náš systém a tolerovat naši víru se všemi projevy.

24. Co Vám přináší satisfakci?

Má práce je satisfakce, jsem hrdá, že pracuji na takto špičkové klinice.

25. A jak relaxujete a udržujete si duševní pohodu?

Modlím se, vařím, starám se o rodinu a nakupuji.

Děkuji za rozhovor.

6 ANALÝZA ROZHovorŮ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na základě odpovědí respondentů jsem došla k několika závěrům. Vzhledem k otevřenosti rozhovoru bylo položeno mnoho dotazů nad rámec výzkumných otázek. Přesto jsou odpovědi na výzkumné otázky velmi důležité, a dostalo se mi jich od všech respondentů.

Proč je péče o nemocné v muslimských zemích tak odlišná od péče v našem zdravotnictví?

Dle mých respondentů je to nepochybně kulturními rozdíly v naturelu jak nemocných, tak spolupracovníků v týmu. Ohledně nemocných je nejdůležitější autoritou Alláh a jeho příkázání, poté rodina. V problematice nepochopení hraje roli komunikace a naše představa, že vše je možné komunikací vyřešit.

Uvědomují si zdravotníci, do čeho se pouštějí před příjezdem na místo a práci na konkrétním oddělení?

Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Evropští respondenti si nástrahy uvědomují, přesto jsou velmi překvapeni, jaká je realita. Začátky zde jsou velmi těžké. Odpovědi saudské překladatelky je přesvědčení, že si to tak dalece neuvědomujeme, ale situace se lepší. Jen respondentka z Filipín onu obtížnost nevnímá, protože na systém práce zde je připravována již v období studia a muslimská víra jí je zcela vlastní.

Co činí při adaptaci na nový způsob péče, komunikace a pravidel zdravotníkům největší problémy?

Dle mých respondentů z Evropy je to systém péče a přístup asijských zdravotníků, kteří se bojí změny. Péče zde není dokonalá kvůli nepříliš efektivnímu jednání personálu a systém zaučování tomuto faktu nepřispívá. Dalším negativním faktorem je nepochopení ze strany nemocných a rodin.

Je možné dočkat se při péči o nemocné v tomto prostředí nějaké satisfakce?

Zdravotníci z Evropy mají jasně dané priorit, pokud se týká satisfakce. Kromě výše platu, která je neoddiskutovatelným motivem práce zde, jsou to chvíle, kdy mají ze své práce dobrý pocit, kdy jim někdo v multikulturním týmu důvěřuje a kdy se v péči o nemocného vyvíjejí okolnosti dobrým směrem. Také pohled na nadstandardní rodinné vztahy hodnotí

respondenti z Evropy jako velmi uspokojující. Pro respondentku z Filipín je to práce samotná, neboť pro ni představuje absolutní vrchol ve vlastní kariéře.

Jaké jsou nejčastější chyby, kterých se zdravotníci ze západních zemí v této oblasti dopouští?

Nejčastější chyby zdravotníků ze západních zemí se týkají nepochopení mentality, snahy stále něco měnit a zlepšovat současně s problémy se systémem práce. A obrovské nadšení z počátku praxe zde. Dle mých respondentů z Evropy si své chyby uvědomují a snaží se jim předcházet. Často se však chyb dopouštějí vědomě a to tehdy, pokud jednají v zájmu nemocného. Vědí, že je to na jejich plnou zodpovědnost.

Ohledně *relaxace a udržení duševního klidu* je zde preferován spánek a občasné nákupy u mých evropských respondentů. U kolegyně z Filipín je volba jednoznačná. Je muslimka, pravidelně se tedy modlí. Má rodinu, o kterou se stará a v Saudské Arábii žije běžný život.

V dalších odpovědích mých respondentek se prolíná několik zásadních poznatků. Zdravotničtí pracovníci ze západních zemí se těžko adaptují na systém poskytování péče v Saudské Arábii, potažmo v muslimských zemích, ačkoli standardy péče jsou vytvářeny dle amerických, kanadských či britských pravidel. Jistě to není délkou praxe, která není kratší než 4 roky v oboru. Spíše vidí souvislost s jinou mentalitou jak ostatních členů týmu, tak saudských lékařů.

Pocítujete někdy příznaky psychického vyčerpání, kulturního šoku, či vyhoření? Z jakých důvodů a jak se svými pocity bojujete?

Na otázku, zda pocítovaly v počátcích příznaky kulturního šoku, odpověděly respondentky z Evropy kladně, a respondentky, které v Saudské Arábii žijí, potvrdily, že si příznaků kulturního šoku u nás všimají. Umíme však s těmito komplikacemi pracovat a po čase se přes ně přenést. Jedna z respondentek při kontaktu s neznámým pocítuje vztek, bezmoc a beznaděj, přesto je schopna vykonávat svou práci. Stejně jako mnoho dalších zdravotnických pracovníků v Saudské Arábii a jiných muslimských zemích

7 DISKUZE

Struktura rozhovorů s mými respondentkami byla zvolena záměrně otevřenou formou s několika záchytnými, pro můj výzkum relevantními otázkami. Předpokládala jsem, že se dívky více rozprávějí a ve svých volných odpovědích svěří více konkrétních myšlenek a prožitků. Tento můj předpoklad se potvrdil a v následující diskuzi bude shrnuto z rozhovorů to nejpodstatnější. Pro porovnání výsledků jsem zvolila několik autorů. Emire Khadayer (4), Bronislava Ostřanského (5), Nikolu Starkovou (8), Jitku Šimovou (11), Markétu Ryšlinkovou (16). Všichni tito autoři popisují muslimský svět z vlastní zkušenosti, kromě Nikoly Starkové, která zpracovávala kvantitativním výzkumem povědomí zdravotnických pracovníků o zvláštích muslimské víry a muslimů jako pacientů.

Emire Khadayer uvádí muslimský svět jako rozdílnou planetu, kde vše je jinak, naopak, neočekávatelné, nepochopitelné a zároveň krásné. Popisuje hierarchii hodnot a její výsledky jsou shodné s mými. Rodina a víra je v muslimských zemích nejdůležitější pevný bod individuálního člověka a individualita se v tomto kontextu jakoby ztrácí. Pro nemocného je důležité projevit zbožnost a pohostit rodinu, potěšit příchozí svou přítomností, i kdyby byli jakkoli vážně nemocní. Naopak rodinní příslušníci nikdy nevynechají jediný den svého blízkého navštívit.

To souvisí i s láskou k dětem, která je naprosto nevídaná. Paradoxně však spíše od otců, matky dle mé práce, konkrétně respondentky C, děti rodí, dokud mohou, ale vztah k nim příliš nemají, či neumí mít. Dle Markéty Ryšlinkové je to dáno tím, že dítě je pro ně povinnost. Málokterá žena má čas mít ke svému miminku vztah. Dle Bronislava Ostřanského je dítě darem od Alláha a povinností rodičů je jej vychovat ve víře. Markéta Ryšlinková k tomuto dodává, že s tímto přesvědčením jsou muslimové schopni i překonat ztrátu. Jednoduše, je to vůle Alláha.

V bakalářské práci Nikoly Starkové je velká část věnována gestům a posturologii muslimů. Je zde velmi dobře zpracováno základní vyjádření názorů pomocí gestikulace, která převážně v prostředí žen je velmi výmluvná. Přestože na to mé respondentky příliš neupozorňují, a za důležité považují jiné aspekty ošetrovatelské péče, troufám si tvrdit, že ona gesta, respektive jejich nepochopení, zapříčiňují tolik nepochopení v komunikaci s rodinou a nemocnými. Tento jev je zmíněn v rozhovoru s respondentkou C, která říká, že jim nerozumíme. Možná přehlízíme ona gesta. Je to totéž, jako bychom neslyšely slova

„Jděte pryč“ „Přestaňte“, či „Nechci s vámi mluvit“ Ve chvíli, kdy bychom tomuto byly schopné porozumět, jistě bychom se zachovali v komunikaci jinak. S tímto názorem se opírám o názory Emire Khadayer, která muslimskou společnost zná mnoho let a vzhledem ke svému diplomatickému vzdělání jistě umí rozlišit, co je podstatné.

V oblasti péče, která u mých dvou evropských respondentek byla hodnocena výrazně negativně, si dovolím srovnávat s tituly od Markéty Ryšlinkové a Jitky Šimové, jež srovnávala ambulantní sektor v České Republice a v Saudské Arábii. Markéta Ryšlinková, jež pracuje v Saudské Arábii v nemocnici vyhlášené svou vysokou úrovní, hodnotí poskytovanou péči jako nadstandartní. Dokumentace je vedena elektronicky, lékařský i ošetrovatelský tým je mezinárodní a kvalifikace a schopnosti lékařů jsou zvyšovány v zahraničí. Pokud toto vše funguje, je to diametrálně odlišné od pravidla zvyklostí nemocnic typu SFHP, nemocnic pod ministrem vnitra, kde je personál složen výhradně ze saudských lékařů a asijských zdravotnických pracovníků. Akreditované kliniky, jež mají svá výzkumná centra, jsou pro získání profesionálních zkušeností výborným místem. V nemocnici, kde pracují mé respondentky je však stále co zlepšovat. A je nutné se smířit s tím, že zlepšení jde velmi pomalu a ač naši nařízení vítají zkušenosti z evropského zdravotnictví, zavádět je do praxe je takřka nemožné.

Všeobecně se dá říci, že specifika v ošetrovatelské péči o muslimy jsou mnohá, a komplikace na českého zdravotníka čekají ve všech oblastech. Velmi těžko lze například přijmout fakt, že v péči o muslimy nemá žádný efekt pro nás naprosto samozřejmá edukace o chorobě, jíž nemocný trpí. Vzhledem k tomu, že vše je v rukou Alláhových, není třeba dodržovat léčebný režim. To je pro nás, odpovědné zdravotnické profesionály, velmi těžké přijmout. Dle Jitky Šimové edukace v Saudské Arábii funguje výborně, neboť se jí zabývá samostatný pracovník. Otázkou je, jestli se jí posléze zabývá i nemocný, troufám si tvrdit, že ne, alespoň to naznačuje jejich neútěšný stav a choroby s tak těžkými komplikacemi, které se u nás nevidí. Edukace tak možná zůstává dokonale provedena na papíře.

Co se týká osobních problémů, jimiž trpí zdravotníci, jsou to jistě příznaky kulturního šoku, vyhoření a kulturní bolesti. Přestože to zní vážně, umíme dle mých respondentů, Markéty Ryšlinkové i Jitky Šimové s těmito problémy pracovat a z velké většiny je překonat.

Jazyková bariéra je dalším obávaným problémem, nicméně toto se výrazně zlepšuje, proto jsem se jí nijak podrobně nezabývala, kromě jazykové bariéry s nemocným, kde je spíše nepochopení neverbální komunikace, pro muslimy tak důležité.

Pokud bych se měla zaměřit na cíle, jež jsem v počátku výzkumu vytyčila a rozhodla se zkoumat, bylo dosaženo těchto výsledků.

Podstatné rozdíly v chování a vnímání nemocných jsou v gestech, výrazech tváře, potřebách praktikovat víru a pravidlech pro to nezbytných. Potřeba rodiny a vliv rodiny na rozhodnutí. V tomto se shodují se všemi uvedenými autory v mé diskuzi. Je třeba se více zaměřit na znalost neverbální komunikace, jinak je efektivní komunikace v této zemi nemožná.

Priority nemocných z výše zmíněného vyplývají. Je to rodina a rodinná hierarchie, Islám a praktikování víry, zvyky, tradice, pochopení a přijetí chování nemocného. Rodina nemocného vždy chrání a nedovolí jakékoli utrpení, jež není nezbytně nutné. Doba hospitalizace i dlouhodobě nemocných a nesoběstačných lidí je v průměru velmi krátká, rodiny se o svého blízkého starají. V tomto se mé výsledky shodují s prací Nikolý Starkové i Jitky Šmídové.

Pokud bychom chtěli sladit představu o dobře poskytnuté péči s faktem, že je to ve zkoumaném prostředí nemožné, musíme opět pochopit daná specifika, včetně kulturního rozdílu mezi námi a většinovým personálem a víceméně ze svých představ ustoupit.

Toto vše souvisí s mými dva posledními cíli, a to jak bojovat s negativními pocity a zlepšit komunikaci s ošetřujícím týmem. Přijmout, co se kolem nás děje, jaká jsou pravidla, nevytvářet dojem, že my to víme a umíme lépe, přestože je to v mnoha případech pravda. Pokud jsme si jisti svou pravdou a je prostor pro čin, jde pouze o naši zodpovědnost a schopnost si za svou představou stát.

Všechny mé respondentky mluví pouze o své práci. Ona práce je zde to nejdůležitější, a pro nás ze západu to jediné, co máme. Dle jejich odpovědí je stále co zlepšovat, jak vně, tak uvnitř.

ZÁVĚR

V závěru mé práce bych ráda shrnula podstatné poznatky zjištěné výzkumem. Specifik ošetrovatelské péče o nemocné v muslimských zemích je mnoho a celá práce je tomuto problému věnována. Pokud bychom ale měli ony specifika rozdělit, je možné je vnímat jako pozitivní a negativní očima zdravotníků, jež jsou s nimi, respektive s nemocnými, v bezprostředním kontaktu.

Jako velmi pozitivní jsou zde hodnoceny rodinné vztahy, které v kontextu našich zkušeností z evropských zemí lze označit za nadstandartní. S rodinnými vztahy souvisí krátká doba hospitalizace a soustavná péče rodiny o svého blízkého. Pokud je péče o nemocného úspěšná, přichází neopakovatelný pocit dobře odvedené práce, nejspíš proto, že tento pocit je tak vzácný. Důvěry či ocenění se nám může dostat od lékaře, častěji však od rodiny nemocného. Málokdy od kolegyň. Pozitivem se v péči o nemocné v muslimských zemích také jeví náš původ, potažmo křesťanské vyznání, které se nám přisuzuje. Muslimští nemocní toto vyznání berou jako téměř rovnocenné.

Mezi negativní aspekty péče, na které dříve nebo později narazíme, patří edukace, respektive její neefektivnost, častá nevzdělanost nemocných a s ní související špatná hygiena a hrubé chování, neschopnost komunikace, která je dle mého výzkumu spíše vinnou naší neznalosti neverbální komunikace, nedůvěra od spolupracovníků a jejich neschopnost přijmout změnu.

Jako samostatný výstup mého výzkumu bych uvedla problémy s dokumentací, kdy dle mých respondentek a mé vlastní zkušenosti je mnoho co zlepšovat. Adaptace na naprosto nečitelné a nesouvislé záznamy je téměř nemožná.

V kontaktu s personálem se nám jeví jako negativní častý střet s ignorací, ať už nás v pracovním rozhovoru, či rodiny nemocného nebo nemocných samotných.

Kulturní šok, syndrom vyhoření a kulturní bolest je niterným hendikepem nás Evropanů, přicházejícím z naprosto odlišného prostředí. Nicméně je třeba říci, že s příznaky je počítáno a ostatní pracovníci ony komplikace předpokládají a ve většině případů jsou nápomocni.

Shrnutím těchto poznatků docházím k závěru, že je třeba se neustále přizpůsobovat, jinak je nemožné v prostředí muslimských zemí pracovat a uspokojovat potřeby nemocných tak, abychom zůstali duševně zdraví. Navrhuji tedy jediné - zvýšit

informovanost zdravotníků připravujících se na kariéru v těchto zemích a nabídnout jim podrobnější informace zejména o neverbální komunikaci, systému práce, hierarchii, tradici a v neposlední řadě metodách, jak zvládnout nápor v prvních měsících. Je třeba, abychom do těchto míst jezdili připraveni nejlépe, jak je to možné, neboť i tak se setkáme s mnoha nečekanými situacemi, kterým budeme nuceni čelit.

Svou práci proto poskytnu agentuře, která zaměstnání v těchto zemích zájemcům z Čech, Slovenska a Polska zajišťuje. Společně s tím nabídnu agentuře své služby ve smyslu přednášky k tématu Specifika neverbální komunikace u muslimů a další aspekty transkulturní péče v muslimských zemích.

LITERATURA A PRAMENY

1. IVANOVÁ, Kateřina a kol. Multikulturní ošetrovatelství I. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1
2. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. Multikulturní ošetrovatelství II. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X
3. VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4
4. KHIDAYER, Emíre. Arabský svět – jiná planeta. 1.vyd. Praha: Mladá Fronta, 2011. ISBN 978-84-204-2495-2
5. OSTŘANSKÝ, Bronislav. Malá encyklopedie islámu a muslimské společnosti. 1.vyd. Praha: Libri, 2009. ISBN 978-80-7277-404-3
6. NEKONEČNÝ, Milan. Sociální psychologie. 2.vyd. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9
7. HEMAYA, Ahmad M. Islám. Hluboké nahlédnutí. Praha: Ústředí muslimských obcí, 2012. ISBN 978-80-904373-2-6
8. STARKOVÁ, Nikola. Specifika ošetrovatelské péče u muslimů. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská universita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.
9. KOLAŘÍK, Marek. Interakční psychologický výcvik. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2941-1
10. LEHMANNOVÁ, Zuzana a kol. Paradigma kultur. 1.vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2010. ISBN 978-80-7380-297-4
11. ŠÍMOVÁ, Jitka. Komparace ošetrovatelské péče v Saudské Arábii a ČR v ambulantním sektoru. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská universita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Soňa Loudová.
12. VYBÍRAL, Zdeněk. Psychologie komunikace. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1

14. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2
15. HEŘMANOVÁ, Jana. Etika ve zdravotnické praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9
16. RYŠLINKOVÁ, Markéta. Česká sestra v arabském světě: multikulturní ošetřovatelství v praxi. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-6279-1
17. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
18. BRUNO, Tiziana. ADAMCZYK, Gregor. Řeč těla. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4592-3
19. JABBOUR, Samer. Public health in the Arab world. 1.printing. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-0-521-51674-7
20. BROWNSON, Ross C. Evidence-based public health. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-539789-5
21. GORMAN, Linda M. SULTAN, Donna F. Psychosocial nursing for general patient care. 3rd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2008. ISBN 978-0-8036-1784-1
22. SARDAR, Ziauddin. Islám. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-882-1
23. ALDOSSARY, A. M. The role legitimacy of nurses in Saudi Arabia. J. Health Spec 2013, 1:28-36
24. GÁLIS, R. V islámských zemích rozhoduje o vyšetření ženy její muž. [online] Copyright © 2006 [cit. 28.1 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/v-islamskych-zemich-rozhoduje-o-vysetreni-zeny-jeji-muz-274846>
25. Sitters rights and responsibilities. Security Forces Hospital Program. [online] Copyright © 2015 [cit. 28.1 2015]. Dostupné z: www.sfh.med.sa/Pages/default.aspx
26. SPENCER, Robert. Islám bez závoje. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-761-5.

27. The Health System of Saudi Arabia [online]. Helen Ziegler and Associates. Copyright © 2015 [cit. 28.1 2015]. Dostupné z: <http://www.hziegler.com/articles/healthcare-system-of-saudi-arabia-html>
28. About Saudi Arabia. Health & Social Services [online]. Royal Embassy of Saudi Arabia Washington, DC. Copyright © 2015 [cit. 28. 1. 2015]. Dostupné z: http://www.saudiembassy.net/about/countryinformation/health_and_social_services/
29. VČELÁK, P. Studijní materiály. Informatika a výpočetní technika. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.

SEZNAM ZKRATEK

KSA	Království Saudské Arábie
SAUDI.....	Jiný název pro KSA
DNR.....	Do not resuscitate - neresuscitovat
RT.....	Respiratory therapist – specializace pro respirační onemocnění
RRT.....	Rapid Respond Team – resuscitační tým
SFHP.....	Security Forces Hospital Program – název nemocnice – Nemocnice pro ozbrojené složky
ICU	Intensive Care Unit – Jednotka intenzivní péče
PICU	Pediatric Intensive Care Unit – Peditrická jednotka intenzivní péče
ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ICN	International Code for Nurses – mezinárodní standardy ošetrovatelské péče

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Transkulturalismus (zdroj: 1. str. 15)	17
Obrázek 2 Schéma komunikačního modelu (zdroj: 3. str. 30)	35

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Muslimská populace v evropských zemích

Příloha č. 2 Muslimské země (zdroj: ČTK)

Příloha č. 3 Tradiční mužský muslimský oděv (zdroj:gamepark.cz)

Příloha č. 4 Tradiční ženský muslimský oděv

Příloha č. 5 Burka a nikáb (zdroj: zpravy.idnes.cz)

Příloha č. 6 Svaté Město Mekka (zdroj:Livingstone.cz)

Příloha č. 7 Security Forces Hospital Rijád (zdroj: Sfhp.sa)

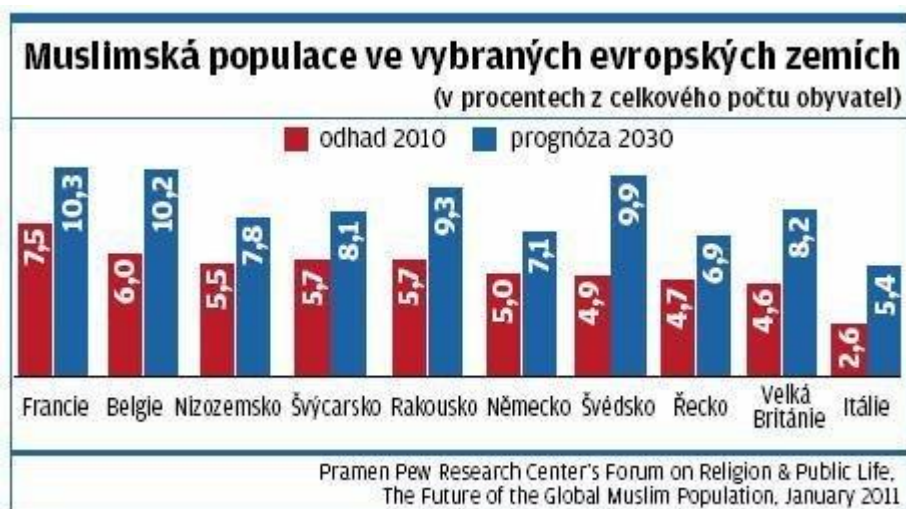
Příloha č. 8 Nursing station female medical - sesterna ženské interny (zdroj:vlastní)

Příloha č. 9 Vyšetřovna

Příloha č. 10 Informovaný souhlas

Příloha 11 Návrh semináře interkulturní přípravy zaměřené na komunikaci

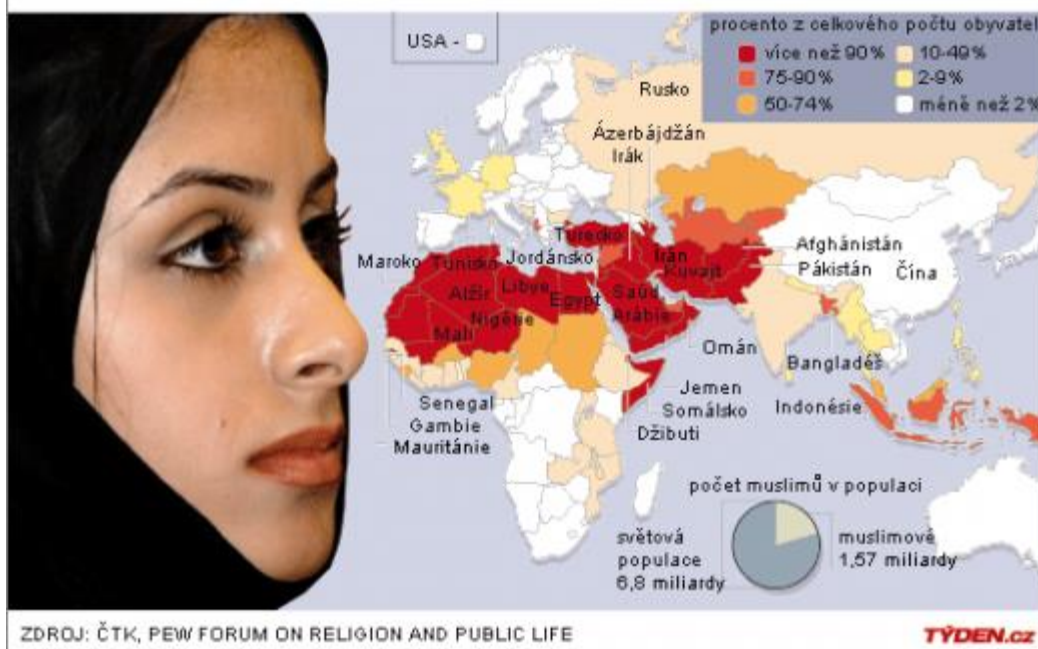
Příloha č. 1 Muslimská populace v evropských zemích



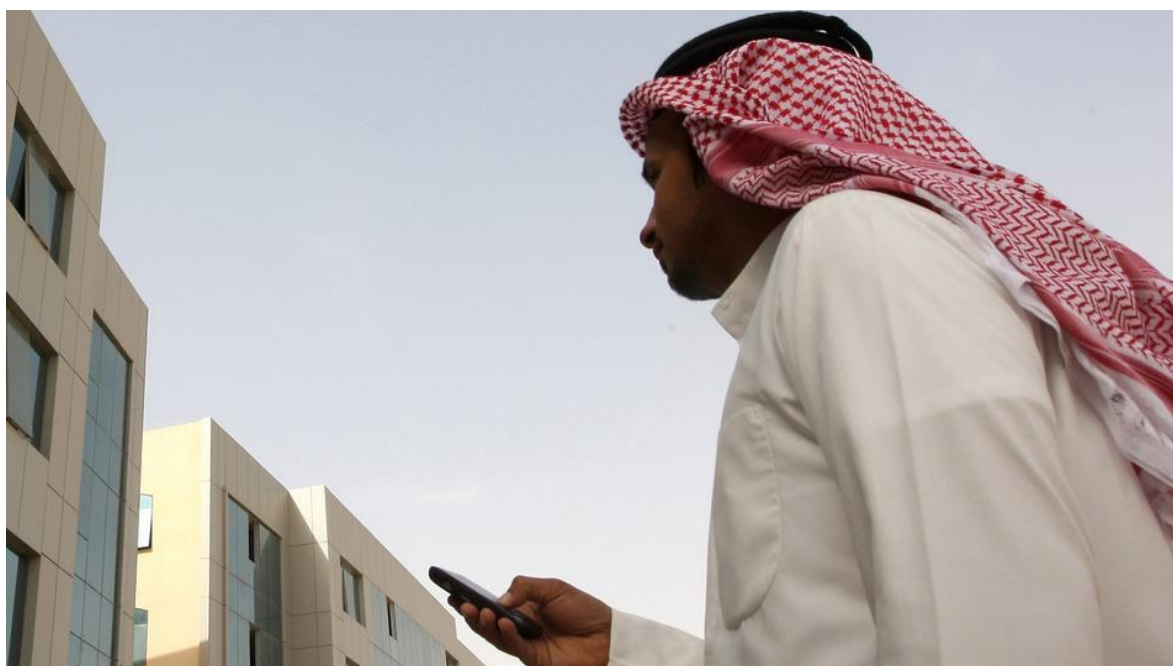
Příloha č. 2 - Muslimské země (zdroj: ČTK)

Muslimové ve světě

Počet vyznavačů islámu ve světě se dlouho jen odhadoval a hovořilo se o jedné miliardě až 1,8 miliardy. Podle americké organizace Pew Forum on Religion and Public Life, která zkoumala údaje ze sčítání lidu, z demografických studií a průzkumů veřejného mínění v 232 různých zemích a teritoriích, činí počet muslimů 1,57 miliardy (údaj z října 2009). Islám je po křesťanství druhým nejrozšířenějším náboženstvím na zemi - takřka každý čtvrtý člověk na světě je muslim. Křesťanství má 2,1 až 2,2 miliardy stoupenců.



Příloha č. 3 Tradiční mužský muslimský oděv (zdroj:gamepark.cz)



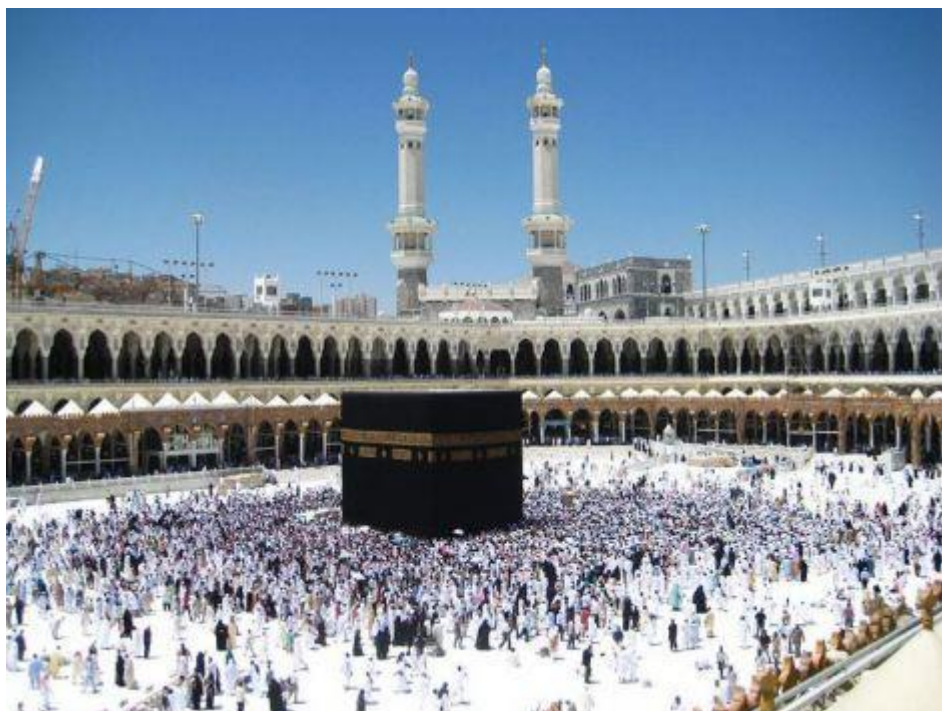
Příloha č. 4 Tradiční ženský muslimský oděv (zdroj: gamepark.cz)



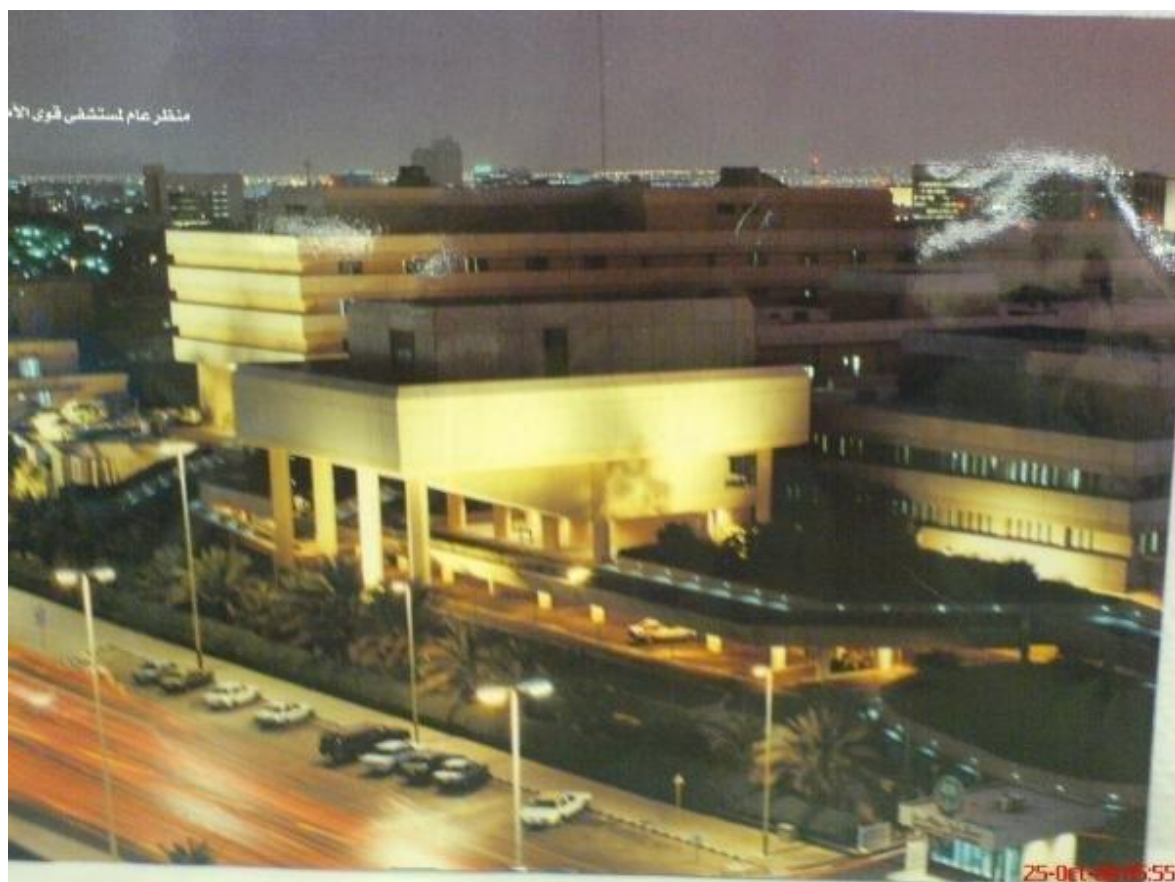
Příloha č. 5 Burka a nikáb (zdroj: zpravy.idnes.cz)



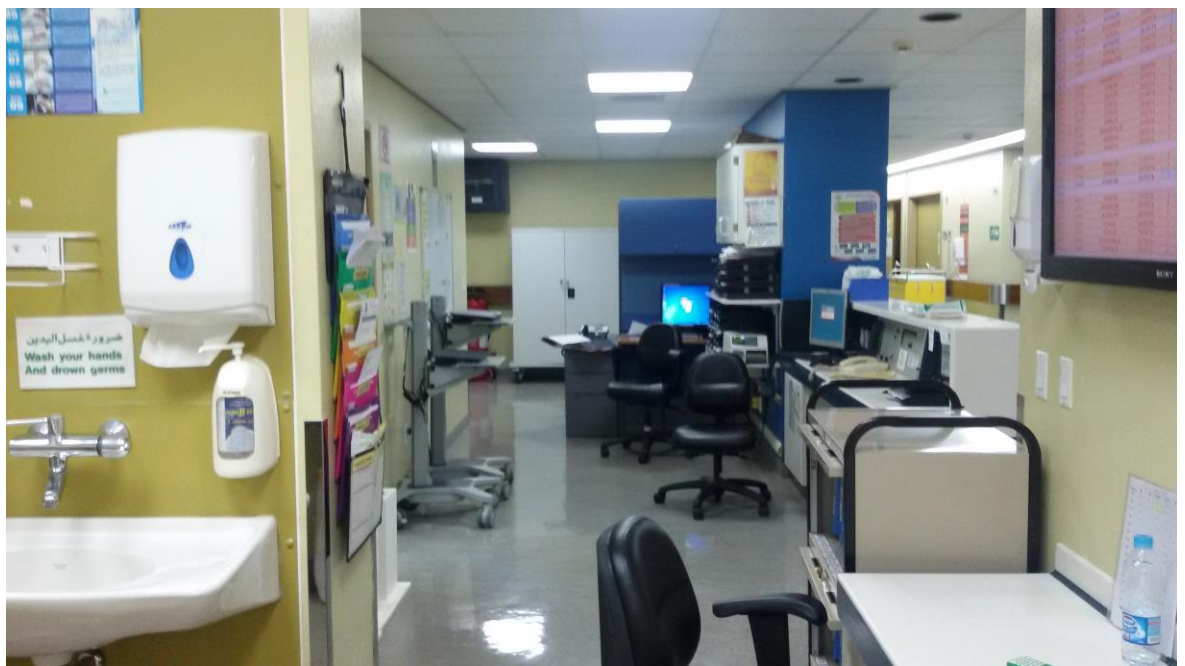
Příloha č. 6 Svaté Město Mekka (zdroj:Livingstone.cz)



Příloha č. 7 Security Forces Hospital Rijád (zdroj: Sfhp.sa)



Příloha č. 8 Nursing station female medical - sesterna ženské interny (zdroj: vlastní)



Příloha č. 9 Vyšetřovna



NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 11 Návrh obsahu semináře

SEMINÁŘ

Specifika péče o nemocné v muslimských zemích (8 hodin)

Dopoledne – 8-12 (15 minut pauza)

Specifika Islámu ve vztahu k potřebám nemocných

-
- Stručně o Islámu
 - Muslimské země
 - 5 pilířů Islámu v ošetrovatelské péči

Specifika komunikace v muslimských zemích

-
- Ujasnění pojmu komunikace
 - Rozdělení komunikace

Verbální komunikace v multikulturním prostředí

-
- Specifika verbální komunikace v muslimských zemích

Odpoledne 13-17 hod (15 minut pauza)

Neverbální komunikace v multikulturním prostředí

-
- Rozdělení neverbální komunikace
 - Specifika neverbální komunikace v muslimských zemích

Nácvik komunikačních dovedností plus test znalostí
