



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Práce sestry na zahraničních misích

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Šatrová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Práce sestry na zahraničních misích“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Toumové, která mi po celou dobu dávala cenné rady a především byla velmi trpělivá. Díky také patří zdravotníkům, kteří mi věnovali svůj čas a byli ochotní mi poskytnout rozhovor k praktické části práce.

Práce sestry na zahraničních misích

Abstrakt

V současné době mají všeobecné sestry uplatnění nejen v klasických zdravotnických zařízeních, ale mají také možnost zapojit se do zahraničních misí. Na území České republiky působí hned několik organizací, které zabezpečují humanitární pomoc v zemích třetího světa.

Koncepce bakalářské práce je teoreticko – empirická. Teoretická část je rozdělena na několik částí. V první části se pojednává o globalizaci a migraci obyvatel. Dále se zabývá náboženstvím a jednotlivými humanitárními organizacemi. Další kapitola poukazuje na roli všeobecné sestry, jak tomu bylo dříve a nyní. Poslední část teoretické práce se zabývá požadavky, které je třeba splnit před odletem na zahraniční misi. Následně na to navazují základní onemocnění, se kterými se zdravotník na misi může při ošetřování setkat.

Druhou část bakalářské práce tvoří výzkumná šetření. Cílem práce bylo zjistit, jaká je náplň práce sestry na zahraničních misích v jednotlivých organizacích. Pro dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jaká je příprava všeobecné sestry před výjezdem na misi? Jaká jsou specifika práce sestry na zahraničních misích? Jaké jsou zkušenosti všeobecných sester na zahraničních misích? Pro empirickou část práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Odpovědi byly získávány pomocí předem připraveného polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, které se účastnily některé zahraniční stáže.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že hlavní náplní práce sestry na misi je ošetřování raněných během válečných konfliktů, především pak rodiček a novorozenců, či obyvatel, kteří neměli dostatek financí na ošetření v nemocnici. Dále pak také edukace místního zdravotnického personálu v oblasti poskytování odborné ošetřovatelské pomoci nemocným. Výsledky mohou pomoci studentům i sestřám ke zmapování možností výjezdu na zahraniční misi s humanitární organizací.

Klíčová slova:

mezinárodní organizace; multikulturní ošetřovatelství; všeobecná sestra; zahraniční mise

The work of a nurse on the abroad mission

Abstract

Now a days nurses can work not only in health institutions but they can get involved in abroad missions. In the Czech Republic there are several organizations which offer humanitarian help in the countries of the third world.

The concept of the bachelor thesis is theoretical - empiric. The theoretical part is divided into some parts. The first part is about globalization and about migration of people. Then there is written about religion and about individual humanitarian organizations. The other chapter points to the role of the nurse in the past and now a days. The last part of theoretical work contains demands that you must fulfil before your abroad mission. Then there is written about diseases which you can meet during treatment on the abroad mission.

The second part of the bachelor thesis is a research survey. The aim of the work was to find what the nurse must do on the abroad mission in individual organizations. Three research questions have been identified to achieve the goal. What is the preparation of the nurse before leaving? What is the specific of her work on her abroad mission? What is the experience of nurses on the abroad mission? In the empiric part of the thesis a method of qualitative research survey. Responses were obtained through a pre-prepared semi-structured interview with nurses who took part in some abroad missions.

From the researching results follows, that the main aim of the nurse on the abroad mission is to treat wounded persons during the war conflicts. But she must take care of expectant mothers and new born babies too. She looks after inhabitants who didn't have enough money to pay their medical treatment in the hospital. She educates local health personnel to give a specialist health treatment to sick persons. The results can help students and nurses to know their possibilities to go to the abroad missions with the humanitarian organization.

Key words

abroad mission; international organisation; multicultural nursing; nurse

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Globalizace v současném světě.....	9
1.2 Válečné konflikty ve světě.....	11
1.3 Nejčastější náboženství ve vybraných zemích postižených válkou.....	12
1.3.1 Islám.....	13
1.3.2 Judaismus.....	14
1.3.3 Buddhismus	15
1.3.4 Hinduismus	16
1.3.5 Africká tradiční náboženství.....	17
1.4 Světové organizace pomáhající ve zdravotnických projektech	19
1.4.1 Lékaři bez hranic – Doctors without borders.....	20
1.4.2 UNICEF - United Nations International Children’s Emergency Fund.....	21
1.4.3 Mezinárodní výbor Červeného kříže – International committee of the Red Cross	22
1.4.4 Člověk v tísni.....	23
1.4.5 ADRA – Adventist Development And Relief Agency.....	24
1.5 Úloha všeobecné sestry ve válečných konfliktech.....	24
1.5.1 Historie ošetrovatelství během válek	25
1.5.2 Role všeobecné sestry ve 21. století	26
1.6 Práce všeobecné sestry na zahraniční misi.....	27
1.7 Specifika ošetrovatelské péče na zahraniční misi	28
2 Cíl práce, výzkumné otázky	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
3 Metodika.....	32

3.1	Použité metody a techniky	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	Výsledky.....	34
4.1	Identifikační údaje informantů.....	34
4.2	Analýza rozhovorů	35
5	Diskuze	50
6	Závěr.....	58
	Seznam použitých zdrojů.....	60
	Seznam příloh	69
	Seznam použitých zkratk	

Úvod

V současné době má všeobecná sestra po ukončení studia mnoho možností, kterým směrem se může vydat v budování své kariéry. Tato profese je velmi žádaná, protože všeobecných sester je stále nedostatek. Své povolání může vykonávat v nemocnicích, soukromých klinikách, ambulancích, nebo při terénní péči. Všeobecná sestra si může vybírat z široké nabídky pracovních míst.

Dnes je velmi medializovaná humanitární pomoc v zemích třetího světa, kde mohou také sestry uplatnit své povolání. Internet je denně zaplavován fotografiemi z různých koutů světa, kde se lidé nemají až tak dobře, oproti lidem v bohaté Evropě. Fotografie častokrát znázorňují děti z Afriky, které mají značně zvětšenou oblast břišní dutiny z důvodu volné tekutiny a ne ze stavu plného žaludku po vydatném obědě. Snímky mrtvých, či umírajících dětí, které trpí podvýživou, jelikož přírodní podmínky neumožňují dostupnost plnohodnotné stravy, jsou pro nás Evropany těžko pochopitelné. Šokující jsou i záběry na plačící děti, které sedí mezi troskami rozbombardovaných budov, které byly jejich domovem. Toto je krutá realita dnešního světa. Ti, kdo tyto fotografie spatří, se nad nimi na okamžik pozastaví. Mnohdy jsou prvními impulzy, které vzbuzují zájem všeobecných sester a vedou je k rozhodnutí pomoci v rozvojových zemích podle svých dovedností.

Tato bakalářská práce mapuje organizace, které působí na území České republiky, ke kterým se všeobecná sestra může připojit a poskytovat odbornou zdravotnickou pomoc tam, kde je potřeba. Během mise si také rozšíří své znalosti a dovednosti a to jí zajistí posun v profesním životě. Situace, se kterými se během mise setká, zapříčiní i posun v jejím osobním životě. Práce dále zahrnuje i dnes velmi diskutovanou problematiku transkulturní ošetrovatelské péče, protože každý národ má odlišnou víru, kde platí i odlišná pravidla. Zdravotnický pracovník se během vykonávání mise bude setkávat s určitými rozdíly, a jestliže chce poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, tak si musí být předem vědom těchto rozdílů a respektovat je.

Téma zahraničních misí je mi velmi blízké. Již na střední škole se ve mně vzbudil zájem absolvovat zahraniční misi. Během studia na Zdravotně sociální fakultě mi bylo umožněno dvakrát se účastnit stáže v zahraničí, a to v Nepálu a Thajsku. To byl i důvod, proč jsem si toto téma vybrala.

1 Současný stav

1.1 *Globalizace v současném světě*

Nynější doba se mnohdy uvádí, jako věk migrací (Klvaňová, 2009). Výsledky mezinárodní organizace pro migraci dokazují, že přibližně 192 milionů lidí, neboli tři procenta světové populace žije mimo zemi, ve které se narodili (International Organization for Migration, 2017).

Pojem migrace v poslední době nabývá na své velikosti (Klvaňová, 2009). Když se podíváme na mapu světa, jsou nám okamžitě patrné hranice, které rozdělují jednotlivé státy, zároveň tak pomyslně rozdělují i společenství lidí. Překračování těchto hranic, by mělo být vnímáno, jako významný akt. Nyní jsme zvyklí nazývat takové stěhování migrací (Janků, 2006). Politická organizace světa - OSN pevně ukotvila její definici v diskurzu, jedná se o delší než jednoroční pobyt jedince za hranicemi státu, v němž se narodil (Klvaňová, 2009). Tato definice poukazuje na vnímání migrace, jakožto na neobvyklou situaci. Migrující člověk odešel ze státu, ve kterém se narodil, a vybočil tak z přirozeného stavu (Janků, 2006). Klvaňová (2009) poukazuje na určité globální trendy, které zapříčiňují nárůst globální mobility. Dochází ke změně systému světové ekonomiky a tudíž, rychle se měnících pracovních trhů. Díky kapitálu, který se neustále mění, se stává tisíce lidí nezaměstnaných. Za příčinu hledání pracovních příležitostí v jiném místě bydliště ve většině případů může chudoba a chybějící sociální zabezpečení. Ke změně dochází i v polické sféře. Proměna režimů, stupňování konfliktů a především nestabilní politická situace dovede lidi k migraci (Klvaňová, 2009).

Také je velmi důležité rozlišovat migraci dobrovolnou a migraci nucenou, neboli uprchlictví. K rozdělování dochází i mezi státy – v celosvětovém měřítku je rozdělujeme do tří oblastí, dle míry jejich rozvinutosti. Více rozvinuté země najdeme v Evropě, Severní Americe, Austrálii, náleží sem i Nový Zéland a Japonsko. Mezi méně rozvinuté země patří všechny státy v oblasti Afriky, Latinské Ameriky, Karibiku a Asie (mimo zmíněné Japonsko). Nejméně rozvinutou oblastí je Melanésie, Mikronésie a Polynésie (Janků, 2006).

Palát (2014) odkazuje na model „push-pull“, který pojednává o faktorech, které způsobily pohyb obyvatelstva. „Push faktory“ jsou síly, které vypuzují migranta ze země, odkud pochází. Naopak „pull faktory“ přitahují migranta do cílové země. Jedná

se o kontrast příznivých a nepříznivých okolností, které donutí člověka k přesunu do jiné země či oblasti. Do „push faktorů“ zahrnujeme například nedostatek pracovních míst, špatnou zdravotní péči, znečištění, válku, přírodní katastrofy atd. Naopak do „pull faktorů“, které lákají migranta, spadají pracovní příležitosti, lepší životní podmínky, politická a náboženská svoboda, lepší zdravotní péče, vzdělávání a bezpečnostní důvody (Palát, 2014).

Globalizace je spontánní, přirozený a ničím neřízený proces (Olišarová, 2012). V dnešním světě ovlivňuje náš život. Hranice se stávají jen jakýmsi symbolickými čarami na mapě a to zapříčiňuje život ve stále více multikulturní společnosti (Tóthová, 2012). Tento fenomén nelze v současné době přehlédnout a dotýká se i samotného oboru ošetrovatelství (Špirudová et al., 2006). Na základě toho je nezbytné, aby všeobecná sestra měla teoretické znalosti o různých kulturách, jelikož je dosti pravděpodobné, že během své praxe bude vykonávat ošetrovatelskou péči o pacienty různých minorit (Tóthová, 2012). Tyto znalosti také velmi napomohou ke vzájemné toleranci a respektu mezi lidmi navzájem (Olišarová, 2012).

Snad každý, kdo migruje, se totiž potýká s řadou existenčních problémů a zažívá vypjaté životní situace. Tyto nevhodné podmínky se tudíž velmi odrážejí i na zdravotním stavu migrantů. Jestliže by se tyto problémy neřešily, mohlo by dojít ke zvyšování zdravotních rizik i pro majoritní populaci (TBC, pohlavně přenosné choroby, HIV, hepatitidy) a následné zvyšování nákladů na zdravotnické služby a sociální zabezpečení (Špirudová et al., 2006).

I Česká republika zaznamenala změny v migračních trendech. Stala se cílovou zemí, která nabízí migrantům pracovní příležitosti, lepší životní komfort a také kvalitnější zdravotní péči (Olišarová, 2012). Roku 2016 Česká republika povolila pobyt 496 413 cizincům (Český statistický úřad, 2017). Samozřejmě se nejedná o konečné číslo, jelikož na území pobývá mnoho cizinců bez povolení (Olišarová, 2012). Jak uvádí Tóthová (2012), tento počet neustále roste, tudíž musí dojít i k reakci moderního ošetrovatelství. Všeobecná sestra by měla být připravena k řešení různých problémů jedinců z odlišných minoritních skupin, jak ve zdraví, tak i v nemoci. Kulturní rozdíly jsou velkou výzvou, do které by se mělo proniknout skrze pochopení dané kultury. Etický původ, duchovní a náboženské přesvědčení má u různých kultur významné místo a mnohdy velmi ovlivňuje chování a jednání jedinců (Tóthová, 2012). Česká republika

je cílovou stanicí nejvíce pro cizince ze Slovenska, Ukrajiny, Vietnamu, Ruské federace, Moldavska, USA a Mongolska (Olišarová, 2012).

1.2 Válečné konflikty ve světě

Dle Špirudové (2006) je obrazem stavu společnosti kvalitně a profesionálně poskytovaná ošetrovatelská péče. Během let došlo k různým událostem, které zapříčinily vývoj oboru ošetrovatelství, jak po jeho teoretické, tak i praktické stránce. Mezi již zmíněné události řadíme velké přírodní katastrofy, rozsáhlé epidemie, politické změny či válečné konflikty. Při těchto problémech může dojít až k dočasnému snížení kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče (Špirudová et al., 2006). Právě samotné válečné konflikty mají velký význam v ošetrovatelství. Jelikož během nich je vždy potřeba nějaké změny (Tóthová, 2009).

Jak uvádí Špirudová (2006), válečné konflikty vedou k přestavbě mírového zdravotnického systému na válečný, jež je prvotně orientován na plnění potřeb armády a zvládání akutních stavů a zdraví civilistů. Během válek se uplatňuje mezinárodní pomoc, jelikož dochází k velmi rychlému spotřebování všech zdrojů. Převážně v afrických zemích mají na svědomí kmenové války vymírání populace (Špirudová et al., 2006). Smutným příkladem v dějinách Afriky je demokratická republika Kongo, zde se bojuje od nepaměti. Roku 1997 došlo k sesazení diktátora Josepha-Désiréno Mobuta a tím se odstartovalo naprosté krveprolití, které bohužel zatím nemá konce. Přestože byla uzavřena mírová dohoda, boje trvají dodnes a na svém kontě má válka miliony obětí. Rozhodně nelze tvrdit, že všechny oběti byly zabity v boji, lidé umírali v důsledku nemocí a hladu. Dle odhadů v Kongu žije velké množství lidí v chudobě – až 65 % populace (Hronová, 2016). Další nekončící válka probíhá na území Afghánistánu. Obyvatelé trpí chudobou, sužují je neustále probíhající boje, ale také i silná sucha, zemětřesení či ničivé záplavy, je zde opravdu nelehký život (Akrman et al., 2017). Prvotně povstalecké skupiny afghánských mudžahedínů vyháněly deset let Sověty, následných deset let opět válčili mezi sebou a s hnutím Tálibán. Toto hnutí mělo kontrolu takřka nad celou zemí, než je svrhla západní vojska. Stát se sám nadále nedokáže zcela postarat o lékařskou péči a vzdělání. I zde platí krutou daň obyčejní lidé, jelikož jsou častokrát zranění při přestřelkách, či výbuších náloží. Počet civilních obětí stále roste (Petřík, 2015). Další problémovou oblastí se stal Jemen. Krvavá občanská

válka zemi sužuje od roku 2014. Ozbrojené operace mezi rebely a jemenskou vládou zapříčinily pohřebiště tisícům civilistů (Procházková, 2017).

Dle Strategie zahraniční spolupráce na období 2018 až 2030 má Česká republika vybraných šest prioritních partnerských zemí, kam budou směřovat její dlouhodobé humanitární projekty. Do prioritních zemí pro toto období patří Bosna a Hercegovina, Etiopie, Gruzie, Kambodža, Moldavsko, a Zambie. Dále se humanitární pomoc zaměřuje i na Afghánistán, Palestinu, Sýrii a Ukrajinu (Česká rozvojová agentura, 2018).

1.3 Nejčastější náboženství ve vybraných zemích postižených válkou

Náboženství se objevuje ve všech kulturách od samého počátku lidstva, do značné míry ovlivňuje celou naši společnost. Dá se říci, že působí na každého z nás. I naprostý ateista se v těžkých životních situacích či při tragédiích mnohdy obrací ke spiritualitě, ve které hledá vysvětlení či útěchu (Ščeponcová a Novotný, 2013). Díky globalizaci se společnost snaží poznávat životní filozofii jiných národnostních menšin a náboženských skupin, které se v určité zemi vyskytují. Toto poznání by mělo vést k vzájemné toleranci a respektu ve vztahu mezi příslušníky jiných národních menšin (Kutnohorská, 2013).

Již v dlouhé historii lidstva koluje tradice, kdy lidé, kteří se nacházejí v lepší ekonomické situaci, chtějí pomáhat lidem chudším, lidem ve válečné krizi, či lidem zasaženým přírodní katastrofou. Tento krásný humanitní přístup lidí má své náboženské a etické důvody. Jelikož právě samotné náboženství je založeno na principu poskytování pomoci druhým lidem (Kaplan et al., 2007). Značný vliv má i na společenské chování jedince a jeho zvyklosti. Rozdíly jsou viditelné v postavení mužů a žen, dodržování rituálních závazků, myšlení a odlišných zájmů (Svačinová, 2009). Tudíž by měl mít každý dobrý zdravotník určité multikulturální kompetence, které získá díky studiu kultur. Proto je velmi důležité, aby byl zdravotnický personál důkladně vzdělán pro praxi v multikulturálním ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013). Po celém světě je mnoho náboženství, nyní budeme věnovat pozornost jen některým (Ščeponcová a Novotný, 2013).

1.3.1 Islám

Základ pro islamistické náboženství spočívá v poznání jediného Boha a víry v Něho. Slovo islám znamená mír, čistotu, podřízenost a poslušnost. Proto je správný muslim zcela oddán Bohu Alláhovi (ABD AL-ÁTÍ, 2010).

Jedná se o druhé nejvíce rozšířené náboženství ve světě, s více než jednou miliardou věřících. Alláhova přikázání jsou zaznamenána v Koránu, což je podle muslimů opravdovým Slovem Božím. Tato slova předal samotný Alláh vyvolenému poslu, a to proroku Muhammadovi, který se stal poslem Božím (Rolantová, 2012). Jak uvádí Cichá a Nováková (2007), počátky tohoto náboženství sahají až do 7. století našeho letopočtu. Velké množství věřících nalezneme převážně na Blízkém a Středním východě, v severní Africe, jihovýchodní Asii a v zemích bývalého SSSR. Jelikož je islám dosti mocný, ovlivňuje všechny stránky muslimova každodenního života (Cichá a Nováková, 2007).

Islámské náboženství má základy položené na modlitbě, tudíž každý muslim má povinnost konat modlitbu. Modliteb musí proběhnout alespoň pět během dne, v přesně určenou dobu. S touto modlitbou je velmi úzce spjata i hygiena. Člověk musí být ve stavu čistoty, to znamená důkladně omyty části těla, která jsou vystaveny špíně či prachu. Při modlitbě zaujímá určité postoje a vždy směřuje tváří k Mekce (ABD AL-ÁTÍ, 2010).

Dále je příkládána velká pozornost v islámu ke stravování. Toto náboženství se spíše zaměřuje na vliv škodlivých či naopak prospěšných potravin na organismus. Není povolena konzumace masa zdechlin, neboli zvířat, která nebyla zabita rituálně, ale uhynula sama. Dále konzumace masa vepřů, dravých ptáků či masa, které nebylo zasvěceno samotnému Alláhovi. Správné zabití zvířete je prováděno způsobem halál. Zvířeti se obě krční tepny a trachea podříznou naráz, aby netrpělo (Bahbouh a Hájek, 2016).

U stravy by se nemělo zapomínat na velmi důležitý půst, který probíhá celý jeden měsíc. Díky půstu dochází k posílení sebeovládání a sebejistoty. Dospělý muslim odmítá potraviny, nápoje, intimní styk a kouření od rozbřesku do soumraku (ABD AL-ÁTÍ, 2010).

Rodina je dle muslimského náboženství jednou z nejdůležitějších věcí vůbec (Macková a Špirudová, 2012). Právě ona je základním kamenem pro vyváženou společnost

v islámu. Důležitý je vztah rodičů a dětí a následná úcta dětí vůči rodičům. Priorita dětí by měla být v péči o své rodiče až do jejich smrti. Velký respekt je prokazován nejstaršímu členu rodiny (Bahbouh a Hájek, 2016).

Velké opatrnosti bychom měli dbát právě při komunikaci. Muž si musí od muslimské ženy udržovat odstup, jelikož tato kultura zakazuje intenzivní vizuální kontakt s osobou opačného pohlaví. Jiné chování je považováno za přiblížení se druhému. U silně věřících muslimů je tělesný kontakt mezi cizími muži a ženami tabu. Tudíž není zvykem ani potřásání rukou (Rolantová, 2012). Na veřejnosti se pohybují ženy v doprovodu jiné ženy, či muži z příbuzenstva. Je nepřipustné se stýkat s cizím mužem po jakkoliv krátkou dobu (Bahbouh a Hájek, 2016). Ženy musí být v běžném životě zahaleny od vlasů po krk a pak až ke kotníkům a ruce po zápěstí (Cichá a Nováková, 2007). Zahalování ženy mnohdy chápou jako jejich ochranu a nechtějí být považovány za neslušné (Ryšlinková, 2009).

1.3.2 Judaismus

Po celém světě žije přibližně 13 milionů židů, nejvíce se nacházejí v USA a Izraeli (Nováková, 2012). Dějiny tohoto náboženství pocházejí ze starověkého Izraele. Pojem judaismus je chápán, jako způsob života a tvoří jej tři základní prvky. Víra v jediného Boha, studium Tóry a příslušnost k židovskému náboženství. Tora je označení pro první část hebrejské Bible, ale také se jedná o označení židovského učení a všech náboženských předpisů, obsahují slovo Boží (Johnson, 2011). Za zakladatele judaismu je považován Abraham a jeho synové Izák a Jákob (Federace židovských obcí v ČR, 2010). V historii má také velký význam postava Mojžíšova. Právě on vyvedl samotné Izraelce ze spárů Egypta, kde na ně bylo pohlíženo jako na otroky. S židy směřoval ke Kenaánu, neboli Zemi zaslíbené. Během putování se Mojžíšovi na hoře Sinaj zjevil samotný Bůh, neboli Hospodin, jak se mu v židovském náboženství často říká. Předal mu své učení – Toru a etický zákon – Desatero. Věřící se scházejí v synagogách, kde dochází k bohoslužbám (Spiegel, 2007). Ty provádí rabín, jakožto učitel a vykladač Tóry (Čejka a Kořan, 2010).

Ostatně jako každé náboženství i toto obsahuje tradice a určitá pravidla. Být židem, znamená dodržovat určité příkazy a zákazy, které se nazývají micva, dohromady obsahuje šest set třináct přikázání (Brumlink, 2012). Tyto příkazy a zákazy jsou

zaznamenané v Toře, již zmíněném zákoně. Dále je povinné studovat každý den Toru a konat třikrát denně modlitbu (Spiegel, 2007). Správný židovský muž nosí na své hlavě jarmulku, čímž prokazuje úctu k Bohu. Ženy by se zase měly oblékat skromně a hlavně mravně. Nenosit kalhoty, jelikož ty jsou považovány za mužský oblek (Nováková, 2012).

Mezi opravdu velmi důležité hodnoty židovského náboženství je považována právě rodina. Na manželství je nahlíženo, jako na naplnění šťastného života, osamělý člověk je neúplný. Být sexuálně aktivní před sňatkem je přísně zakázané, po svatbě Tora přikazuje: „Plodte a množte se“. Hlavou rodiny je muž, který pronáší modlitby. Žena se stará o chod domácnosti a výchovou dětí (Zoufalá, 2012). Velkou slávou je narození dítěte do rodiny. Víra zakazuje oslavy až do osmého dne, z důvodu strachu o zdraví dítěte a matky. Osmý den se provádí chlapci obřízka (Spiegel, 2007).

Do významné události v životě židů spadá také smrt, v době umírání nesmí člověk být sám. Rodina je vždy s umírajícím, který se vyzpovídá ze svých hříchů. Pohřeb musí vždy probíhat do země a co v nejbližší době – nejlépe v den úmrtí. Důležité je provést rituální očistu těla zemřelého, omývá se vlažnou vodou, někdy se přimíchává i vaječný bílek (Nováková, 2012).

Stravování má velkou váhu i v tomto náboženství. Často se zde setkáme s pojmem košer, což označuje potraviny na vhodné a nevhodné. Za košer maso je považováno kuře, krůta, husa, kachna a holub (převážně domácí drůbež). Usmrcení zvířete provádí speciálně školený řezník, který používá správně připravené nože, jelikož zvíře musí podříznout jedním tahem. Potraviny se také musí rozdělovat a zpracovávat zvlášť. Bible přikazuje oddělovat maso od mléka, jak při vaření, tak při konzumaci. Tudíž je zapotřebí mít dvojí nádobí, talíře i příbory (Spiegel, 2007).

1.3.3 *Buddhismus*

Díky svému rychlému rozšíření s více jak 357 milionů stoupenců se stalo toto náboženství čtvrté nejrozšířenější vůbec (Partridge, 2006). Buddhismus je opřen především o učení zdravým rozumem a správným zacházením s jevy. Lidé dělají moudré věci, jež jim přináší štěstí a vyhýbají se hloupým činům, které přinášejí utrpení (Nydahl, 2006). Zabývá se především myslí, jelikož všechny skutečnosti jsou s ní

spjaty. Je to silně individuální cesta vedoucí k vysvobození. Když jedinec bude pracovat na své mysli, dojde k vysvobození a dosáhne nejvyššího duchovního cíle (Dhammananda, 2007).

Často si lidé mylně myslí, že pojem „*Buddha*“ znamená vlastní jméno, ale ve skutečnosti se jedná o čestný titul „*Probuzený*“ (Rolantová, 2012). První člověk tohoto označení byl Siddhártha Gautama, jenž je považován za zakladatele. Narodil se před více než 2 500 lety do královské rodiny v Indii. Vyrůstal v přepychu a bohatství, znal pouze radost. Ve 29 letech pochopil nevyhnutelnost stáří, nemoci a smrti. Rozhodl se opustit palác a hledat cestu k překonání utrpení a smrti (Buddhismus diamantové cesty linie Karma Kagjü, 2017). Učil se u dobrých učitelů, věnoval se meditaci, cestoval po své zemi a snažil se hledat učení, které by překonalo utrpení a smrt. Po dlouhých šesti letech společně s hlubokou meditací pochopil podstatu mysli a tím dosáhl stavu Buddhy a osvícení (Nydahl, 2011). Cílem Buddhova učení je, aby lidé sami přišli na to, jak lépe žít, stát se svobodnými a zároveň byli plni radosti. Proto existují tři úrovně jeho učení, které odpovídají možnostem chápání žáků. Jimi jsou: Malá cesta, Velká cesta a ta nejrychlejší je Diamantová cesta (Nydahl, 2006). Buddhismus je silně spjat s meditací, která chrání mysl. Přináší pozitivní výsledky, jasnou a neomezenou mysl (Nydahl, 2011).

Ve vztazích muž v buddhismu představuje energii a žena moudrost. Je důležité, aby si opačná pohlaví dokázala porozumět, tím splynout v jednoho a vytvořit celek. Důležitá je vzájemná úcta. Nezadaná žena a muž tvoří pouze něco polovičního (Nydahl, 2006).

Strava, jakožto u všech náboženství hraje i zde poměrně velkou roli. Samotný buddhismus striktně nepřikazuje jíst zdravé potraviny, ale jelikož považuje lidské tělo za nástroj sloužící k vykonávání dobra, je zapotřebí, aby byl samotný člověk zdravý. Lidé si mylně myslí, že buddhisté musí být vždy vegetariáni, není tomu tak. Maso konzumují za předpokladu, že zvíře opravdu nezemřelo přímo kvůli nim (Rolantová, 2012).

1.3.4 Hinduismus

Toto náboženství je možné označit jako jedno z nejstarších vůbec. Pojem hinduista v překladu znamená „Ind“(Ambalu et al., 2016). Tudíž je patrné, že se jedná o

náboženství staré Indie (Chinmoy, 2015). Přibližně osm set až devět set milionů lidí v Indii se hlásí k této víře, v Nepálu je to přibližně dvacet devět milionů obyvatel (O' Callaghn, 2012). Dále velké zastoupení vyznavačů nalezneme v Bangladéši, Pákistánu a na Srí Lance (Hinduismus.cz, 2006). Dle Chinmoye (2015) považuje hinduismus všechna náboženství za stejně důležitá a uznává jejich vzájemnou propojenost. Na rozdíl do jiných náboženství nenalezneme v historii žádného zakladatele (Chinmoy, 2015). Stoupenci mohou uctívat mnoho bohů či bohyň (O' Callaghn, 2012). Každý hinduista má osobní volbu se rozhodnout, může věřit ve stovku bohů, či nemusí věřit v žádného boha, ale přesto je považován za hinduistu (Chinmoy, 2015). Všechny směry hinduismu uznávají existenci nejvyššího stvořitelského boha Brahma, který společně s Višnuem (ochránce a strážce lidstva) a Šivou (udržuje v rovnováze síly tvoření a ničení) utváří hlavní trojici. Tito tři hlavní bohové se mohou vyskytovat v různých podobách. Nám se může zdát, že se jedná o polyteistické náboženství, lepší je říci, že jeho stoupenci věří v jednoho pána bohů, doplněného méně významnými božstvy (Ambalu et al., 2016).

Do toho náboženství spadá i pojem karma, právě podle činů, které člověk koná v jednom životě, ovlivní postavení v životě následujícím (O' Callaghn, 2012). Hinduisté doufají, že dobrá karma má i dobré předpoklady pro příští životy, ale uvědomují si i existenci špatné karmy, která by mohla zapříčinit narození do nižší kasty či přeměnu do nějakého zvířete. Silnou tradicí je i obětní uctívání, což znamená přinést určitou oběť bohům, většinou v podobě potravin či nápojů (Ambalu et al., 2016). V domácnostech často nalezneme místnost, kde je obraz božstva, jež rodina uctívá. V této místnosti se vykonává uctívání v různých částech dne, záleží na zbožnosti dané rodiny. Vedle modliteb zdobí obraz květinami a pálí vonné tyčinky. Hinduistické rodiny jsou velmi početné, v rodinném domě žije klidně pohromadě i několik generací (O' Callaghn, 2012). Důvod spojitosti rodin je také ten, že děti se v dospělosti starají o své rodiče, kteří nepracují. Rodinu zajišťuje především muž, který se stává hlavou rodiny (Ambalu et al., 2016).

1.3.5 Africká tradiční náboženství

Africký kontinent je silně ovlivněn náboženstvím. Mnoho Afričanů nyní vyznává islám a křesťanství, ale africké tradiční náboženství jim stále zůstává v muslimských či

křesťanských srdcích. Tradiční africké náboženství je opravdu velmi pestré, jelikož každá etnická skupina na tomto kontinentě má svůj vlastní náboženský názor, velké rozdíly najdeme v každém městě či vesnici (Isicheiová, 2006).

Kořeny na tomto kontinentě má animismus, který věří, že svět je oživen duší, která je základem všeho bytí. Zaměřuje se na přírodní děje a úkazy. Díky duši se mohou pohybovat zvířata, řeky, stromy, rostliny, ale i hvězdy a planety. Velká pozornost se věnuje posvátným předmětům, fetišům. I v těchto předmětech sídlí duše, duch, kterému se klaní (Tylor, 2015). Ve valné většině je Nejvyšší Bůh stavěn na úroveň nebe či slunce, tudíž je brán velmi vzdáleně. Z toho důvodu se často uctívají o něco menší božstva, přírodní duchové, kteří se vměšují do denního života. Pro tyto bohy se často vykonávají oběti a rituály (Isicheiová, 2006).

Tyto rituály vykonává šaman. Často bývá také označován jako kouzelník, či věštec. Právě on se vyskytuje v každé kmenové společnosti (Putticková, 2006). Také je zasvěcen do léčebných metod, zná působení léčivých bylin, minerálů, kterými dokáže uzdravovat, ale i zabíjet. Těmto metodám se říká kmenové léčení. Jestliže se člověk neovladatelně třese zimnicí, afričtí obyvatelé věří, že se uvnitř těla usadil zlý démon, kterého nelze vyhnat lékem, ale právě šamanem (Tylor, 2015). Tudíž je patrné, že afričtí obyvatelé spíše vyhledají pomoc od místních šamanů než od odborných lékařů. Lékař Aleš Bárta uvádí příklad ženy, která si při sekání trávy mačetou způsobila desetcentimetrovou sečnou ránu na bérce. Prvotně navštívila šamana, který ránu doslova ucpal hlínou. Po třech dnech navštívila nemocnici v těžkém septickém stavu (Pelikánová, 2013).

Další tradiční náboženství vyskytující se na tomto kontinentě je právě čarodějnictví. Za stoupence je typicky považována žena, ve většině případů chudá a stará. Mnoho tragických událostí je spojováno právě s čarodějnictvím, víra v něj je stále dosti živá (Isicheiová, 2006). Problém s černou magií je na denním pořádku. Člověk trpící epileptickým záchvatem je přivázan k tyči, jelikož je „posedlý“, jindy vzniknou popáleniny kvůli praktikám voodoo (Pelikánová, 2013). Tato magie má základ v lidském uvažování a představách. Je známo, že některé kmeny například mučí své oběti, aby je dohnaly k pláči, jelikož slzy a utrpení zapříčiní déšť pro jejich půdu. Víra v magii usiluje o získání vlivu na běh světa (Tylor, 2015). Proto je důležité si nejdříve získat u

afrických obyvatel důvěru. Ta lze získat snahou pochopení africké kultury, tradicí a zvyků (Malý, 2013).

1.4 Světové organizace pomáhající ve zdravotnických projektech

Den co den se objevují na našich televizních obrazovkách zprávy o nejrůznějších katastrofách a konfliktech. Toto je realita dnešního světa. Jelikož počet těchto katastrof a ozbrojených konfliktů roste, tím roste i potřeba humanitární pomoci (Evropská unie, 2015). Největším dárcem humanitární pomoci ve světě je Evropská unie. Od roku 1992 poskytla pomoc celkově ve 140 zemích a každý rok se této pomoci dostane více než 120 milionům lidí (Europa.eu, 2018). Dalšími velkými poskytovateli jsou Spojené státy americké a Japonsko (Barták et al., 2007). Lisabonská smlouva slouží jako právní základ pro poskytování humanitární pomoci. Pojednává o tom, že pomoc je směřována lidem, kteří se ocitli v tísní, bez ohledu na jejich státní příslušnost, vyznání, pohlaví či etnický původ (Europa.eu, 2018). Konkrétně Česká republika v roce 2017 schválila na poskytování humanitární pomoci 130 milionů korun. Tato částka měla různá využití. Část peněz byla vložena do humanitární pomoci v Sýrii, kde organizace zajišťovaly přístřeší, zdravotní péči a vzdělání vysídlenému obyvatelstvu. Nemalá částka pomohla zemím s komplexními problémy, jako je Myanmar, Etiopie, Jižní Súdán, Nepál a Nigérie. Okamžitá finanční pomoc proběhla také v Iráku, kde se dostávala k iráckým a syrským uprchlíkům. Dále se finance čerpaly na pomoc Filipínám po tajfunu, Mongolsku při krutých zimách, v konfliktních oblastech v Jemenu byla poskytnuta zdravotní péče, přístup k vodě a potravinám (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, 2017).

Humanitární pomoc se snaží zmírnit či zastavit lidské utrpení, překlenout toto tíživé období a vrátit člověka do normálního života. Hlavní zásadou pomoci je, aby trvala co nejkratší možnou dobu, jelikož nesmí docházet k závislosti postižených osob na pomoci (Jelínek et al., 2007). Evropská unie pomáhá po celém světě, převážně v krizových oblastech včetně Jižního Súdánu, Sýrie, Ukrajiny, západní Afriky, a Středoafrické republiky (Europa.eu, 2018). Roli v poskytování pomoci hrají i určité politické důvody. Je politicky výhodnější investovat do pomoci chudým zemím, jelikož v dlouhodobém horizontu se tím ušetří prostředky, které by musely být následně vynaloženy na zajištění vlastní bezpečnosti a prosperity. Velkou úlohu při poskytování humanitární pomoci

mají nevládní organizace, které pomáhají lidem v nouzi již desítky let (Jelínek et al., 2007).

1.4.1 Lékaři bez hranic – Doctors without borders

„Je to vážně jednoduché – jed'te tam, kde jsou pacienti. Dnes to zní jako samozřejmost, ale tehdy to byla revoluční myšlenka. V cestě totiž stály hranice. Není náhoda, že jsme organizaci pojmenovali Médecins Sans Frontières, Lékaři bez hranic.“ – Bernard Kouchner (Lékaři bez hranic, 2017).

Zkratka MSF pochází z původního francouzského názvu Médecins Sans Frontières, pod níž je tato organizace známá po celém světě. Jedná se o jednu z největších a nejlepších humanitárních organizací. Její pomoci se dostává lidem, kde je nejvíce potřeba (Trachta, 2013). Kořeny této humanitární organizace patří do Paříže. Den vzniku se oficiálně datuje k 22. prosinci roku 1971. Organizaci tvořilo 300 dobrovolníků – základem byli lékaři, všeobecné sestry a další potřebný personál. Za zakladatele je považováno 13 lékařů a novinářů. Organizace je vybudována na základě přesvědčení, že každý člověk má právo na lékařskou péči, a to bez ohledu na jeho pohlaví, náboženské vyznání, rasu či politickou příslušnost. A také fakt, že potřeby lidí mají větší váhu nežli státní hranice. Za své zásluhy získali Lékaři bez hranic roku 1999 Nobelovu cenu za mír (Lékaři bez hranic, 2017).

Lékaři bez hranic své pracovníky vysílají nejen do krizových oblastí, kde například probíhá válka či epidemie, ale i do klidnějších míst, kde chybí zdravotnická péče. Tato péče je nejvíce směřována k rozvojovým zemím v Africe, Asii či Jižní Americe (Klicperová, 2010). V současné době Lékaři bez hranic působí v téměř sedmdesáti zemích světa. Týmy MSF se při své práci dostávají také do oblastí, které nejsou vždy úplně dobře zmapované (Šebek, 2017).

Správné fungování organizace není jen o lékařích. Základ je postaven na řadě lidí, kteří mají velký podíl na správném fungování celé mise, o těchto lidech se moc nemluví, ani nepíše. Jimi jsou právě samotní logistickí, architekti, vodohospodáři, elektrikáři, administrátoři, personalisté a koordinátoři. Doktoři jsou „ruce“ Lékařů bez hranic, ale právě logistickí jsou její „páteří“ (Šebek, 2015). Mise s MFS fungují jako pragmatická výměna energie, kdy zdravotník vkládá své pracovní zkušenosti do mise a následně se

mu dostává daleko širší medicínský obzor ve všech oborech, ale také i ve společnosti (Šebek, 2017). Tým Lékařů bez hranic je ve výsledku velmi různorodý. Neopomíjenou složkou je i místní zdravotnický personál, bez kterého by Lékaři bez hranic nedokázali vůbec fungovat. Na misích lékaři často učí místní zdravotníky, jak správně postupovat v léčbě pacientů. Dá se říci, že na mise jezdí sdílet své zkušenost, předávat je dál a trénovat tak místní zdravotnický personál (Šebek, 2015). Z toho vyplývá, že na mise vyjíždí vždy personál, který má za sebou dostatečnou praxi. Lékaři bez hranic svou práci vykonávají sice ve velmi těžkých podmínkách, ale vždy profesionálně (Klicperová, 2010).

1.4.2 UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

Tato organizace pomáhá ve 190 zemích světa. Bojuje za práva dětí, zachraňuje jejich životy a napomáhá jim plnit jejich potenciál (Unicef, 2017). Zajišťuje především zdravotní péči, pitnou vodu, výživu, hygienu, ale také se zaměřuje na vzdělání dětí, ochranu před násilím a zneužíváním a s nimi spojená rizika nemoci AIDS (Unicef, 2004-2017).

Prvotně byl UNICEF založen roku 1946 jako pomoc dětem zasažených 2. světovou válkou. Posléze roku 1956 se ale stal trvalou součástí Organizace spojených národů, která se specializuje na pomoc strádajícím dětem celého světa a také na pomoc v krizových situacích či katastrofách. Pomoc je nejvíce směřována do nejchudších zemí světa či oblastí postižených přírodními či válečnými konflikty. Během půl století svou činností UNICEF zachránil život přibližně stovkám milionů dětí (Unicef, 2004-2017). Neuvěřitelných 385 milionů dětí žije v extrémně chudých domácnostech. Tento údaj je nejvíce soustředěn v částech rozvojového světa, právě subsaharská Afrika má největší procento dětí žijících v extrémní chudobě. Velké procento takto žijících dětí je i na území Indie (Unicef, World Bank Group, 2016).

Dle statistik umírá každý den ve světě téměř 17 000 dětí do pátého roku života, a to převážně z důvodů, kterým lze předejít. Příčinou úmrtí bývá podvýživa, nemoci, proti kterým často pomáhají běžná očkování či jednoduché léky, z důvodu nedostatku pitné vody, hygieny či minimální dostupnosti zdravotní péče (Unicef, 2004-2017). Nejvíce dětí umírá v subsaharské Africe a jižní Asii. Ovšem za poslední dvě desetiletí je zaznamenáván výrazný pokles úmrtnosti mladších dětí. Roku 1990 zemřelo 12 milionů

dětí a v roce 2013 se počet snížil více jak o třetinu, 3,6 milionů dětí. Tento pokles zapříčinilo programové úsilí UNICEF. Dětem se snaží poskytnout co nejlepší start do života ve formě zdravotní péče, především včasným očkováním, dostatečnou výživou a zajištěním pitné vody (Unicef, 2004-2017).

1.4.3 Mezinárodní výbor Červeného kříže – International committee of the Red Cross

Červený kříž – všem velmi známá slova po celém světě. Nyní uplynulo více jak 150 let od vzniku této mezinárodní asociace (Jukl, 2008). Vznik Červeného kříže sahá do roku 1863, kdy jeho zakladatel Jean-Henri Dunant chtěl pomáhat raněným vojákům v době války a zmírňovat tak lidské utrpení. Za svou čestnost se mu dostalo nejvyššího ocenění – v roce 1901 mu byla udělena vůbec první Nobelova cena za mír (Švejnoha, 2008). Za založení dobrovolné humanitární organizace v tehdejší Československé republice vděčíme dceři Tomáše Garrigua Masaryka Alici, která stála v jeho čele jako předsedkyně (Česká tisková kancelář, 2009).

Jedná se o celosvětově působící humanitární asociaci (Klusáková et al., 2013). Má přibližně 97 milionů členů, zaměstnanců a dobrovolníků. Neustále je přítomna ve 190 zemích světa (Český červený kříž, 2016). Těmito čísly představuje největší humanitární organizaci světa, díky které se dostává pomoci čtvrtmiliardě lidí ročně (Klusáková et al., 2013). Posláním ČK je především předcházet a zmírňovat utrpení, chránit zdraví, život a úctu vůči lidskému organismu, podporovat vzájemné porozumění, přátelství, mír mezi národy, a to bez ohledu na národnost, rasu, náboženské či politické vyznání (Český červený kříž, 2016).

Mezi základní projekty ČČK patří propagace bezpříspěvkového dárcovství krve, edukace první pomoci dětí i dospělých, léčebné pobyty pro děti, sociální služby či aktivity pro seniory a poskytování pomoci při katastrofách (Jílková, 2011).

Organizace se řídí sedmi Základními principy, kterými jsou: humanita, neutralita, nestrannost, nezávislost, dobrovolnost, jednota, světovost. Tyto principy udávají určitá pravidla, jak se má každý pracovník za všech okolností chovat. Proto je velmi důležité tyto principy znát (Jukl, 2010).

1.4.4 Člověk v tísní

Jedná se o nevládní neziskovou organizaci, která staví základ na myšlenkách humanismu, rovnosti, solidarity a svobody. Základní hodnota je lidská důstojnost a svoboda. Každý člověk na světě má právo se rozhodovat o svém životě. Organizace se aktivně podílí na budování společnosti, která je obohacená kulturně, etnicky a rasově, na tyto odlišnosti není pohlíženo jako na zdroj konfliktů (Člověk v tísní, 2013).

Roku 1992 vznikla tato organizace, jakožto odezva válečných novinářů a zpravodajů, kterým nestačilo pouze do České republiky přivážet informace, chtěli přímo ven vyvážet i pomoc. Posléze se ČVT vypracovala jako velmi profesionální humanitární organizace, která má za cíl pomáhat v krizových oblastech a tím i podporovat lidská práva ve světě (Člověk v tísní, 2013). V posledním roce se snaží ČVT pomáhat v řadě zemí východní Evropy, Afriky i Asie. V zemích, kde panuje autoritativní režim s omezováním svobody, se snaží bojovat za lidská práva. Dále podporuje děti a mladé lidi ve vzdělávání (Pánek, 2016).

Přes 58 milionů dětí se nemůže zapojovat do školního vzdělávacího programu z důvodu válečných konfliktů, katastrof či chudoby. To má častokrát za následek jejich zneužívání či další nárůst chudoby z důvodu jejich neuplatnění na trhu práce. ČVT se těmto problémům snaží čelit, vytváří vzdělávací programy pro děti a podporuje zaměstnanost mladých lidí (Člověk v tísní, 2013).

Každým rokem ČVT osloví statisíce obyvatel pomocí informačních programů. Velkou roli v oslovování veřejnosti má především festival Jeden svět (Pánek, 2016). Jeden svět napomáhá k výchově mladých lidí, kteří se díky němu mohou lépe orientovat v současném světě, či skutečně ovlivnit dění kolem sebe (Jeden svět na školách, 2017).

Co se týká humanitární a rozvojové pomoci ve světě, je organizace schopna poskytovat pomoc do doby, než začne postižená země či oblast fungovat samostatně. Nejčastější aktivitou organizace je zajištění přístřeší, distribuce potravin, zajištění pitné vody, hygieny, léků, ošacení, ale také lékařského ošetření, provozování školní výuky, zřizování uprchlických táborů a poskytování psycho-sociální pomoci obětem katastrof (Člověk v tísní, 2013).

1.4.5 ADRA – Adventist Development And Relief Agency

Organizace byla založena roku 1956 ve Spojených státech amerických. Humanitární organizace prodělala ve své historii změny v názvu, prvotně působila pod názvem Církev adventistů sedmého dne, jelikož touto církví byla i založena. V současné době se snaží spolupracovat s komunitami po celém světě. Hlavním cílem je zlepšení kvality života všech lidí. Působí ve více jak 130 zemích světa. Organizace funguje jako jeden velký celek, což přináší pozitivní výsledky světu (ADRA, 2017).

Společně s dalšími humanitárními organizacemi se snaží dosáhnout splnění globálních cílů do roku 2030. Těchto cílů je dohromady 17. Mezi ně například patří: skončit s chudobou, zlepšit výživu a odstranit hladomor, dosáhnout potravinové bezpečnosti, zajistit zdravý životní styl, zajistit všem kvalitní vzdělání, dosáhnout rovnosti žen a mužů ve společnosti, zajistit dostupnost vodního hospodářství, snížit nezaměstnanost (ADRA, 2017). ADRA má velké zásluhy i na území České republiky. Působí zde již přes 12 let a spolupracuje s více jak 1 800 dobrovolníky (Němcová a Lazáková, 2015). Při rozsáhlých povodních poskytuje materiální pomoc, koordinuje obnovy bydlení a pitné vody, mnohdy nabízí i psychosociální podporu prostřednictvím vyškolených dobrovolníků. V běžném životě má velké úspěchy s aktivizací seniorů, osob s postižením či dětí v dětských domovech (ADRA, 2014).

1.5 Úloha všeobecné sestry ve válečných konfliktech

„Vrací se mi obraz dvouleté holčičky, která šla s celou rodinou po ulici a střílel do ní sniper. Střílel přímo do ní. Pořád jsem myslela na to, jak někdo může střílet po dvouleté holčičce, když má kolem sebe dospělé lidi. Pochopila jsem, že kdyby zastřelili někoho z dospělých, bylo by to horší. Kdyby zabil otce, neměl by rodinu kdo materiálně zabezpečit. Kdyby zabil matku, neměl by se kdo postarat o děti. Zabitím nejmenšího dítěte byla ta nejakceptovatelnější ztráta. Tahle příšerná logika války vás zdrtí.“ udává všeobecná sestra Martina Jurigová ze své mise z Jemenu (Bednářová, 2017, s. 34).

Profese všeobecné sestry je velmi krásná, ovšem také velmi náročná. Každá sestra by měla být na svou profesi náležitě hrdá, jelikož sestry v minulosti dokázaly vskutku mnoho dobra (Kutnohorská, 2010). Láska k lidem, pomoc a moudrost, to znamená ošetřovatelství. Během svého vývoje prošlo velkými změnami, ale dokázalo si zachovat

svůj charakter (Plevová et al., 2011). Samotný pocit hrdosti by měl narůstat při znalosti historie tohoto oboru. Aby se současné moderní ošetřovatelství mohlo rozvíjet kupředu, je dobré znát jeho historii (Hubová a Michálková, 2012). Největší rozvoj v ošetřovatelství zapříčinily války, při kterých bylo zapotřebí lékařské péče a následného ošetření sestrou (Kutnohorská, 2010). Jak uvedl lékař Nikolaj Ivanovič Pirogov: „*Jediné, co je v celém chaosu skutečně dobré, jsou milosrdné sestry. Dobré výsledky ukazují, že jsme až dosud ignorovali skvělé vlohy našich žen. Vynikají svou odvahou, trpělivostí a houževnatostí při plnění svých povinností.*“ (Farkašová, 2010, s. 15).

1.5.1 Historie ošetřovatelství během válek

Celou dávnou historií lidstva se prolínají války, ať méně či více známé. Během těchto válek přišla o život stovka milionů lidí a další stovky milionů utrpěly zranění. Ovšem na raněné neměl nikdo čas a ti byli ponecháni osudu, který se ve většině případů rovnal pomalému a velmi bolestivému umírání (Švejnoha, 2008). Již Římané při svých taženích stavěli lazarety, aby se mohli starat o své raněné a nemocné vojáky. Zásah do historie ošetřovatelství znamenají křižácké války. Právě tyto války vedly ke vzniku ošetřovatelských vojenských řádů, které pečovaly o raněné. Nejznámější jsou například rytíři sv. Lazara a Maltézští rytíři. Avšak později, v době ošetřovatelky Florence Nightingalové, bylo mnohdy více vojáků zabito nemocí ze špatných hygienických podmínek nežli válečným nepřítelem (Kutnohorská, 2010).

Florence Nightingalová je jednou z nejznámějších sester na světě. Během Krymské války vypomáhala jako jedna z 38 ošetřovatelek. Prováděla péči o raněné vojáky a vybudovala si respekt jak u nich, tak i u lékařů (Lankašová a Večeřová, 2011). Kladla důraz na dodržování hygieny, nutnosti čistého vzduchu, vody a prostředí. Stejně tak i důležitosti osvětlení, funkční kanalizace, složení stravy, výměny ložního prádla a kontroly polohy nemocného. Také díky ní byla historicky poprvé otevřena škola pro sestry a vydaná kniha, která vymezuje základy pro moderní ošetřovatelství (Pohlová, 2010). Za její neuvěřitelné zásluhy jí bylo uděleno hned několik ocenění a i dnes se udělují ceny v ošetřovatelství pod jejím jménem (Lankašová a Večeřová, 2011).

Než sestry mohly ošetřovat raněné vojáky, absolvovaly vždy krátkodobé ošetřovatelské kurzy. Následně to neměly v praxi vůbec lehké, pečovaly o velmi těžce raněné, rány

byly často zhnisané a výskyt infekčních onemocnění byl markantní. K ošetřování bylo potřeba léků, obvazového materiálu a prádla, čehož bylo spíše nedostatek. Náročné to bylo ovšem i po stránce životní, strava byla nedostatečná jak pro vojáky, tak i pro sestry, tudíž častokrát hladověly (Škubová, 2009). Během válek vyplouvaly na povrch i velké problémy, které byly především viditelné během druhé světové války. Byl opravdu velký nedostatek personálu s porovnáním obsazenosti lůžek v nemocnicích. Po skončení války většina nemocnic byla v dezolátním stavu, což zapříčinily nálety, chyběla spousta materiálu, který bylo potřeba doplnit. Na základě toho všeho se začaly otevírat nové ošetřovatelské školy (Krausová, 2010).

1.5.2 Role všeobecné sestry ve 21. století

„Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem.“

Marie Jitka Nápravníková-Pazourková

(Kutnohorská, 2010, s. 165)

Již ve zmíněné historii bylo ošetřovatelství prvotně prováděno spíše laicky, samotná profesionalizace oboru proběhla s odstupem času (Konečná a Prošková, 2015). Současné ošetřovatelství je silně spjato s vývojem vzdělávání, rozvojem techniky a vstupem biomedicínských technologií do zdravotnictví (Kutnohorská, 2010).

Sestry, které jsou zručné, ovládají svou profesi, zaujímají holistický postoj k léčbě pacientů, se stávají úspěšnými ve své profesi. Tyto sestry vyrůstají v ošetřovatelských školách, které zaručují kvalitní profesní přístup (Hubová a Michálková, 2012). Všeobecné sestře dnes nestačí pouze zvládnout techniku výkonů, jelikož je také požadováno, aby byla vzdělanou spolupracovnicí lékaře a zároveň edukátorkou pacientů a spolupracovníků (Kutnohorská, 2010).

V dnešní době se zájemcům o studium nabízí vzdělávání na středních, vyšších a vysokých školách, které připravují studenty do praxe, jakožto budoucí vzdělané zdravotnické pracovníky (Čížková a Salcburgerová, 2009). V červnu roku 2017 došlo ke změně zákona číslo 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Dnes se řídíme zákonem číslo 201/2017 Sb., změna proběhla v celoživotním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a podmínek k výkonu povolání bez odborného dohledu. Byl zrušen kreditní systém pro všechny a spolu s tím i zápis do registru

(Šnajdrová, 2017). Odborná způsobilost k výkonu povolání se získává absolvováním zdravotnického bakalářského studijního programu, který trvá nejméně tři roky a zahrnuje 4600 vyučovacíh hodin odborné výuky, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Způsobilost k vykonávání student získat také absolvováním tříletého studia na VOŠ. Dále je možnost postkvalifikačního studia, což obsahuje vysokoškolské magisterské studium (Kutnohorská, 2010). Přestože je kreditní systém zrušen, celoživotní vzdělávání prioritou nadále zůstává. Státy EU mají povinnost zajistit další vzdělávání a odbornou přípravu zdravotníkům. Je totiž důležité, aby nadále mohli udržovat krok s vývojem ošetrovatelství. Vzdělávání by mělo být zajištěno státem, respektive zaměstnavatelem (Šnajdrová, 2017).

1.6 Práce všeobecné sestry na zahraniční misi

„Lidé často vnímají práci Lékařů bez hranic jako extrémní. Pravda je, že kolikrát máme extrémní podmínky i tady v našich nemocnicích.“ uvádí Martina Jurigová, všeobecná sestra (Bednářová, 2017, s. 31). Pomoc v rozvojových zemích je radostná a velmi náročná zároveň. Mise mohou trvat několik měsíců, při kterých musí zdravotník ze sebe dávat to nejlepší. Na oplátku toho se mu dostává dobrého pocitu, že se podílí na záchraně životů a pomoci lidem, kterým se častokrát žádné jiné pomoci nedostane (Lékaři bez hranic, 2017). Všeobecné sestry tvoří jednu z nejpočetnějších skupin pracovníků, přesto jich je ale stále nedostatek. Právě ony se stávají plnohodnotným partnerem lékařů (Klicperová, 2010). Pro ty, kteří by měli zájem vyjet na misi, je nutná znalost anglického jazyka, velkým plusem je ovládnutí francouzského jazyka, což zvyšuje šance na přijetí. Před samotným odletem na misi jsou na zájemce kladeny určité požadavky. Základem je mít ukončené vzdělávání a být připraven pracovat a přebírat velkou odpovědnost. Všeobecná sestra musí mít také minimálně dva roky praxe po ukončení studia a absolvování kurzu tropické medicíny (Lékaři bez hranic, 2017). Na první misi se všeobecná sestra může cítit frustrovaná, vzhledem k velké odpovědnosti a množství naložených úkolů, ale tým je vždy složen i ze zkušenějšího personálu, který všeobecné sestře zpočátku pomůže (Klicperová, 2010). Převážná většina prvních misí trvá 6-9 měsíců. Během této doby bude školit a vést ostatní personál. Všeobecná sestra by také měla počítat s tím, že technické zázemí bude omezené, tudíž bude nutné projevovat jistou míru kreativity a flexibility (Lékaři bez hranic, 2017). Jestliže si

zdravotník dnes není s něčím jistý, má možnost nahlédnout do počítače a okamžitě se mu dostane přesné odpovědi. Na misi místní zdravotníci mnohdy nemají takřka nic, tudíž musí být schopni co nejvíce informací získat z pouhého fyzikálního vyšetření pacienta (Bednářová, 2014). Zdravotnický tým spolu nejen pracuje, ale také i žije. Pracovní doba je dlouhá a následně mnohdy chybí soukromí. Tudíž je nezbytná vzájemná tolerance a udržování dobrých mezilidských vztahů (Lékaři bez hranic, 2017).

Důležité je neopomenout bezpečnost, která by měla provázet všechny pracovníky, kteří se účastní zahraniční mise (Lékaři bez hranic, 2017). „*Když jsem byl první den od bezpečnostního agenta informován o bezpečnostní situaci v části města Kundúzu, kde sídlí nemocnice, kolik lidí zemřelo za poslední tři měsíce, chtěl jsem se rovnou otočit a jet zase zpátky domů. Ale za pár dní jsem zjistil, že nemocnice je poměrně bezpečné místo. Je zde absolutní zákaz vycházení, žijeme celou dobu uvnitř.*“ udává český chirurg Tomáš Šebek (Klusáková, 2015, s. 24). Jestliže humanitární organizace chce pomáhat lidem v nouzi, nezbyvá nic jiného než se vydat do oblastí, kde nedávno skončily či nadále trvají různé konflikty. Prostředí bývá nestabilní a nejisté, což s sebou přináší jisté riziko nebezpečí. Všichni pracovníci musí striktně dodržovat bezpečnostní opatření, která se vztahují k bezpečnostním protokolům (Lékaři bez hranic, 2017). Do bezpečnostních opatření spadá řádná identifikace pracovníků, kteří nosí trika s logem organizace, taktéž tomu je i u automobilů, ty mají dostatečně viditelné označení, aby se tímto co nejvíce vyhnuly útokům (Klusáková, 2015). Mnohdy je nutné hlášení, kde se přesně pracovník nachází. Při vysokém stupni rizika dochází až k dočasnému přerušení činnosti a následnému odcestování do bezpečnější lokality. Až když se situace uklidní, je možno pokračovat v misi (Lékaři bez hranic, 2017).

1.7 Specifika ošetrovatelské péče na zahraniční misi

Pro existenci člověka je komunikace mezi lidmi neodmyslitelnou součástí bytí (Tomová, 2009). Právě komunikace nás provází všemi etapami života (Kutnohorská, 2013). Občas není nutné volit slova, už jen to, jak se pohybujeme, tváříme se, či něco konáme, o nás prozrazuje spoustu informací a druhá osoba si o nás utváří určitý obraz (Tomová, 2009).

Je důležité, aby si všeobecná sestra byla vědoma, jak komunikují lidé různých kultur mezi sebou. Jestliže rozhovor neprobíhá v mateřském jazyce pacienta, nýbrž

v naučeném, může docházet k omylům a nepřesnostem v komunikaci (Špirudová, 2006). Konkrétně při nemoci je člověk obzvláště citlivý a jak komunikace dokáže léčit, zároveň tak i dokáže velmi ublížit (Kutnohorská, 2013). Také si sestra musí uvědomit, že v době nemoci či v kritických stavech může pacient ztratit schopnost komunikovat v cizím naučeném jazyce. Při navazování kontaktu s pacientem je vhodné do začátku použít naučenou frázi v mateřském jazyce pacienta, což navodí větší důvěru. Každé etnikum, rasa či národnost má jisté komunikační odlišnosti, ve kterých se prolínají hodnoty a normy (Špirudová, 2006). Tudíž zdravotník, poskytující péči klientům různých etnik, by měl mít jistou minimální znalost v oblasti multikulturní komunikace. Tito lidé neočekávají, že se naučíme jejich mateřskému jazyku, ale velký dojem na ně udělá, když se naučíme používat signály řeči těla jejich kultury. Budeme tím vzbuzovat dojem, že si vážíme jejich kultury (Kutnohorská, 2013). Na misi se zdravotník setká s různými onemocněními, mnohdy odlišnými, než se vyskytují u nás. Například na území Afriky je u převážné většiny ošetřených dětského věku diagnostikována akutní malárie, která patří i k nejčastějším důvodům úmrtí. Spousty dětí také trápí podvýživa či břišní parazité přenášející se kontaminovanou vodou či potravou (Jílková, 2012). Na mnoha místech Jižního Súdánu je zakopána nevybuchlá munice – bomby, miny, granáty a rakety. Lidé jsou proti ní naprosto bezmocní, jelikož nebezpečí se skrývá v zemi a není na první pohled viditelné. Ohroženou skupinou se stávají především hrající si děti a ženy obdělávající půdu (Šebek, 2017). Rutinu na sále tvoří císařské řezy, operace kýly a vážné úrazy způsobené dopravními nehodami. Dále je na tomto kontinentě zaznamenám výskyt chudokrevnosti, infekce dýchacích cest a střevního traktu, jestliže se místní obyvatelé dostanou včas do nemocnice, lze je vyléčit, ale ve valné většině případů zapříčiňují smrt. Lékařská péče se snaží zaměřovat i na prevenci a osvětu, zejména na nemoc AIDS (Jílková, 2012).

Od roku 2014 byla velkým tématem epidemie eboly, která propukla v Guineji, Sierra Leone a Libérii. Došlo k nakažení 29 tisíc lidí, z toho více jak 11 tisíc lidí této krvácivé horečce podlehl. Bohužel o život přicházeli nejenom pacienti, ale také i zdravotníci (Lékaři bez hranic, 2017). Na území Jemenu, kde probíhají nepokoje, se začala v dubnu 2017 šířit smrtící nemoc zvaná cholera, která všude jinde ve světě již nepředstavuje hrozbu. Během tří měsíců dokázala infikovat půl milionu lidí. Nemoc je v dnešní době celkem snadno léčitelná, ovšem podvýživa a špatné hygienické podmínky, které sužují tuto zemi, způsobily, že zabila přes dva tisíce lidí, z čehož přes polovinu tvořily malé

děti. Za posledních padesát let se jedná o jednu z největších epidemií cholery (Procházková, 2017). Mylně se lidé domnívají, že infekční onemocnění zvané tuberkulóza je nemoc minulosti. Opět je zaznamenán nárůst tohoto onemocnění. Dokonce je dnes jednou ze tří (hned po malárii a HIV/AIDS) nejčastěji zabíjejících infekčních onemocnění. V rozvojových zemích postihne akutní forma přibližně 9 milionů lidí a přibližně 1,5 milionů lidí na ni umírá (Lékaři bez hranic, 2017). V Afghánistánu se nejčastěji ošetřují střelná poranění. U dětí se léčí těžká poranění hlavy z důvodu pádů ze střech budov, kde si obvykle rády hrají. Ošetřování pacientů po dopravních nehodách je i zde díky nekontrolovatelnému provozu na denním pořádku (Klusáková, 2015).

Zdravotnická pomoc v rozvojových zemích má kořeny v humanistickém citění (Bednářová, 2017). Lidský život má tu nevyšší hodnotu (Jelínek et al., 2007). „*Viděla jsem doslova umírat děti na podvýživu, protože matky ztratily mléko a nic jiného k dispozici nebylo. Viděla jsem umírat lidi na malárii, protože jim nikdo nepodal antimalarika za 10 eur. A najednou stojím na ARO, šance na uzdravení pacienta je jedna ku 10 000, a my do něj rveme péči za statisíce, ne-li miliony. V tu chvíli jsem si říkala: Bože, jaký to má smysl?*“ udává Martina Jurigová (Bednářová, 2017, s. 32).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit jaká je náplň práce sestry na zahraničních misích v jednotlivých organizacích.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je příprava všeobecné sestry před výjezdem na misi?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika práce sestry na zahraničních misích?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou zkušenosti všeobecných sester na zahraničních misích?

3 Metodika

3.1 *Použité metody a techniky*

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly se všeobecnými sestrami, které se zúčastnily zahraničních misí. Rozhovory jsou individuální a mnohdy došlo k jinak položeným otázkám. Odpovědi se často shodovaly, například v oblasti požadavků, které byly kladeny na všeobecnou sestru před odletem na misi, nebo zda by měly zájem se zúčastnit zahraniční mise opakovaně.

Informanti byli vyhledáváni pomocí snowball techniky. Z čehož první studovala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Díky ní byl získán kontakt na další všeobecnou sestru, která se také zapojila do výzkumného šetření.

Sběr dat probíhal za pomoci rozhovoru, který obsahoval šestnáct předem připravených otázek (viz příloha 1), které byly doplněny potřebnými dotazy. První dva rozhovory se konaly v červnu roku 2017 a zbylé tři v březnu roku 2018. Po domluvě byly rozhovory nahrávány na diktafon a následovala jejich doslovná transkripce v programu Microsoft Office Word 2007 (viz příloha CD). Některé všeobecné sestry měly za sebou zkušenosti z více zahraničních misí, což bylo náročnější na následné přepisování.

Získaná data byla zpracována technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír a utříděna do jednotlivých kategorií. Z každé hlavní kategorie vychází tabulka vytvořená v programu MS Excel 2016, která zpřehledňuje získané výsledky.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, které se účastnily zahraniční mise. Tyto mise se vždy týkaly humanitární pomoci v zemích, kde bylo potřeba zvýšit zdravotní péči. Rozhovor poskytlo celkem 5 informantů, z důvodu zachování anonymity nejsou uváděna konkrétní jména, pouze věk a pohlaví. Dále v textu jsou informanti označeni pod zkratkou I1, I2, I3, I4 a I5. Dotazování byli vyhledáváni pomocí snowball techniky. První poskytnutý rozhovor probíhal s informantkou, která studovala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Kritériem pro výběr dotazovaných byla alespoň jedna účast na zahraniční misi, kde poskytovali odbornou zdravotnickou péči.

Na mise byli vysíláni díky různým zprostředkovatelům, jednalo se o Armádu České republiky, Lékaře bez hranic, Arcidiecézní charitu v Praze a Vysokou školu zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety v Příbrami. Každá mise byla velmi specifická.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 1. Identifikační údaje informantů

INFORMANT	POHLAVÍ VĚK	ZPROSTŘEDKOVATEL MISE	POČET ABSOLV. MISÍ	CÍL MISE
I1	Žena 29	Arcidiecézní charita	1	Posílení zdravotnického personálu
I2	Žena 42	Lékaři bez hranic	7	Zvýšit přístupnost zdravotní péče Očkovací kampaň Edukace místních zdravotníků Snížení dětské úmrtnosti a podvýživy
I3	Žena 57	Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety	1	Založení zdravotnického střediska
I4	Žena 30	Armáda ČR	1	Posílení zdravotnického personálu
I5	Muž 37	Armáda ČR	2	Zvýšení vlastní odbornosti Edukace místních zdravotníků Posílení zdravotnického personálu

Z tabulky je patrné, že nejmladšímu zdravotníkovi je 29 let a nejstaršímu 57 let. Rozhovor probíhal převážně se ženami, pouze jeden byl poskytnut mužem. Tři informantky se zúčastnily vždy jedné mise a to ve Rwandě, Ugandě a Iránu. Informant mužského pohlaví absolvoval mise dvě a to na území Afghánistánu a v africkém Mali. Jedna dotazovaná se účastnila sedmi misí a to nejčastěji na území afrického kontinentu. Působila v Borundii, Čadu, Nigeru a dále Kolumbii, na Haiti, v Indonésii a v Afghánistánu.

Dva informanti se mise účastnili pod Armádou České republiky a zbytek informantů měl odlišné zprostředkovatele, Arcidiecézní charita, Lékaři bez hranic, Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety. Každá mise byla odlišná ve stanoveném cíli. Některé se zaměřovaly na posílení zdravotnického personálu, zvýšení přístupnosti zdravotní péče, snížení dětské úmrtnosti a podvýživy, edukaci místních

zdravotníků, pomoc při zakládání zdravotního střediska či prohloubení znalostí samotného zdravotníka a tím zvýšení jeho odbornost.

4.2 *Analýza rozhovorů*

Výsledky jsou rozděleny do sedmi kategorií. Kategorie 1 Impulzy pro absolvování mise, kategorie 2 Požadavky vysílajících organizací, kategorie 3 Zahraniční mise, kategorie 4 Práce všeobecné sestry na misi, kategorie 5 Fungování zahraniční mise, kategorie 6 Komunikace s pacienty, kategorie 7 Návrat z mise. Některé kategorie mají své podkategorie. Níže uvedená tabulka slouží k lepší orientaci mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi.

Tabulka 2. Kategorie výsledků

KATEGORIE VÝSLEDKŮ		PODKATEGORIE
Kategorie 1	Impulzy pro absolvování zahraniční mise	
Kategorie 2	Požadavky vysílajících organizací	
Kategorie 3	Zahraniční mise	Místo působení
		Obavy informantů
Kategorie 4	Práce zdravotníků na misi	Oblasti uplatnění zdravotníků na misi
		Odborné výkony
Kategorie 5	Fungování zahraniční mise	Spolupráce zdravotnického týmu
		Materiální vybavení mise
		Koordinace mise
Kategorie 6	Komunikace s pacienty	
Kategorie 7	Návrat z mise	Názor na české zdravotnictví
		Životní posun zdravotníků

Kategorie 1 – Impulzy pro absolvování mise

Tabulka 3. Impulzy pro absolvování mise

IMPULZY PRO ABSOLVOVÁNÍ MISE
Splnění snu
Srovnání reality s mediálním obrazem
Posílení zdravotnického personálu
Zvýšení vlastní odbornosti
Kariéra
Poznání práce na misi
Zdokonalení se v anglickém jazyce
Snaha být užitečný
Přítomnost známých a rodiny na misi
Pomoc v rozvojových zemích

V této kategorii šlo o zjištění, proč vůbec chtějí všeobecné sestry vyjíždět na zahraniční mise. Nejčastější odpovědí byl zájem pomáhat tam, kde je potřeba. Informanti se ale také účastnili mise, aby se sami posunuli dál, prohloubili své znalosti a dovednosti. I4 uvedla: „Na této misi jsem již měla kamarády, které jsem znala. Do Iránu odletěli pod vojenským praporem a já jsem se k nim po pár měsících jejich působení připojila. Toho času tam bylo velké oslabení ošetrovatelského personálu, potřebovali všeobecné sestry. Vedla mě k tomu přítomnost lidí, kamarádů, které jsem znala, což bylo velkou výhodou a hlavně poznání práce, pomoc lidem, zdokonalit se v anglickém jazyce. Také mě k tomu vedlo zjištění, zda je mediální obraz rozdílný s realitou, která tam je.“ I5, který stejně jako I4, absolvoval misi pod Armádou České republiky, odpověděl: „Na první misi jsem vyjel, abych si zvýšil svou odbornost, abych porovnal své teoretické znalosti s realitou. Samozřejmě to bylo také hodně o pomoci, jak našim jednotkám, tak místnímu obyvatelstvu. Druhá mise pojednávala spíše o edukaci, takže jsem to bral jako završení své kariéry, co se týkalo edukace.“ Svě rozhodnutí, proč poskytovat humanitární zdravotnickou pomoc v rozvojových zemích I2 uvedla takto: „Rozhodující moment byla genocida ve Rwandě v roce 1994, kdy jsem v televizi viděla hrozné záběry, docházelo k vyvražďování kmenů. V uprchlických táborech pracovali zdravotníci a já chtěla být jednou taky tak statečná a pracovat jako oni.“ I3 měla důvody k absolvování mise zcela

jiné, hlavním impulzem byla účast jejího syna na samotné misi. „Můj syn se již při studiu medicíny zúčastnil půlroční mise do Súdánu. Hned po dokončení studia jako novopečený lékař odjel pracovat do Rwandy. Rok strávil v nemocnici ve městě Kibuye a protože prof. Krčmery stavěl nové zdravotní středisko v horách, kde lidé, chodící pouze pěšky, měli do města, tedy i do nemocnice často víc než celý den chůze, byl navržen jako lékař do nového střediska. To byla pro mě motivace, vidět, jak se tam žije a pracuje a být trochu užitečná tam, kde je to potřeba. Proto jsem se rozhodla jako sestra ve středisku pomáhat.“¹¹ uvedla: „Když jsem začala studovat a pohybovat se ve zdravotnictví, tak jsem věděla, že jednou budu chtít vyjet a pomáhat v rozvojových zemích. Hodně mě to lákalo, byl to můj velký sen.“

Kategorie 2 – Požadavky vysílajících organizací

Tabulka 4. Požadavky vysílajících organizací

POŽADAVKY VYSÍLAJÍCÍCH ORGANIZACÍ
Odborné vzdělání
Psychická způsobilost
Praktické dovednosti
Teoretické znalosti
Očkování
Zdravotní způsobilost
Platné certifikáty
Školení
Pohovory
Výpis z trestního rejstříku
Znalosti anglického jazyka
Kurz tropické medicíny
Praxe u lůžka

Tato kategorie představuje, co vše museli dotazovaní před odletem na zahraniční misi splnit. Po všech informantech bylo požadováno doložení dosaženého vzdělání a minimální znalost anglického jazyka. Nejvíce požadavků bylo kladeno na I2, která vyjžděla na misi s Lékaři bez hranic. Absolvovala i náročné zkoušky. „Organizace požadovala odborné vzdělání, dva roky praxe, kurz tropické medicíny a velmi dobrou

úroveň angličtiny. Dále jsem se účastnila informačních večerů, kde jsem se dozvíдалa vše o práci organizace. Následně se odlétá do Vídně, zde si prošli můj curriculum vitae, zda vyhovuji či nikoliv. Dalším krokem bylo assessment centrum, což se skládá z 6-7 zájemců, kterým porota zadává různé úkoly a ty musí vyřešit. Tímto způsobem zjistili, jestli mám komunikační schopnosti na takové úrovni, abych dokázala vyjednávat či vyřešit určitý problém s týmem, nebo zda dokážu pracovat pod stresem.“ I4, která se mise účastnila pod Armádou České republiky, uvádí: „V ústním pohovoru jsem musela prokázat své teoretické znalosti, následně jsem prokazovala i své praktické dovednosti. Testovali mou psychickou zdatnost, zda mám na to vyjet či nikoliv. Také jsem psala test z anglického jazyka, aby zjistili, na jaké úrovni jazyk ovládám.“ I5 absolvoval misi také pod Armádou České republiky, odpověděl takto: „Rozhodně základní jazyková dovednost, dále jsem musel mít platný certifikát v poskytování neodkladné přednemocniční péče a i péče v rámci zdravotnického zařízení. Před každým odletem na misi také musíme projít psychologickými a zdravotními testy, zda jsme způsobilí na danou misi odletět.“ Mise I3 byla zprostředkovaná Vysokou školou zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety, uvedla: „Bylo potřeba doložit životopis, doklady o dosaženém vzdělání a výpis z rejstříku trestů, to vše v angličtině a ověřeno notářem. Doporučené očkování a podpis smlouvy, že nežádám finanční náhradu, pouze malou dohodnutou částku. Následně jsem musela vyžádat svolení zaměstnavatele s poskytnutím neplaceného volna. Absolvovala jsem jednu návštěvu Bratislavy, kde probíhalo školení.“ I1 uvedla: „Vzdělání v oboru, angličtinu požadovali na slušné úrovni. Třikrát jsem byla na pohovoru v Praze, který probíhal v anglickém jazyce. Nepožadovali praxi u lůžka.“ Než se vůbec I2 mohla zúčastnit mise s Lékaři bez hranic, předcházela tomu dlouholetá osobní příprava, kterou uvedla následovně: „Přibližně 6 let jsem se na samotný odlet připravovala. Musela jsem zapracovat na anglickém jazyku, protože Lékaři bez hranic požadují jeho znalost na špičkové úrovni. Tudíž jsem jazyk odletěla studovat do Anglie a následně i do Francie, kde jsem studovala francouzštinu. V České republice jsem pracovala na chirurgickém oddělení a věděla jsem, že v terénu je potřeba dětské pediatrie, v akutních situacích je i potřeba správně porodit dítě, a tak jsem strávila několik měsíců na stážích po republice. Rozšířila jsem si vědomosti v oblasti pediatrie, vyzkoušela jsem si praxi na gynekologicko-porodnickém a infekčním oddělení.“

Kategorie 3 – Zahraniční mise

Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie, Místo působení, poukazuje na zemi, kde zdravotníci působili a na jak dlouho. V druhé podkategorii, Obavy informantů, je zaznamenáno, z čeho měli zdravotníci při vykonávání zahraniční mise největší obavy.

Tabulka 5. Místo působení

MÍSTO PŮSOBENÍ		
INFORMANT	ZEMĚ	DOBA
I1	Uganda	6 měsíců
I2	Burundi	9 měsíců
	Afghánistán	6 měsíců
	Čad	6 měsíců
	Indonésie	2 měsíce
	Niger	3 měsíce
	Kolumbie	18 měsíců
	Haiti	1,5 měsíce
I3	Rwanda	100 dní
I4	Irán	3 měsíce
I5	Afghánistán	6 měsíců
	Mali	6 měsíců

Země působení, kde informanti absolvovali misi, jsou velmi různorodé. Organizace své pracovníky posílaly mnohdy do odlišných koutů světa. Je patrné, že I2 má za sebou nejvíce absolvovaných misích. Účastnila se celkem sedmi misí s Lékaři bez hranic. Nejkratší mise byla na území Haiti a to pouze šest týdnů, nejdelší naopak probíhala v Kolumbii 1,5 roku. Dále I1 a I5 se účastnila mise vždy na šest měsíců, z čehož I5 má zkušenosti ze dvou misí a I1 pouze z jedné. I3 a I4 se účastnili vždy mise jedné. Mise I3 trvala po dobu sto dní a I4 tři měsíce. Dále je z výsledků patrné, že informanti byli posíláni nejvíce na území Afriky. Patrná je také shoda I2 a I5 ze státu Afghánistán. Zdravotníkům byly nabídnuty mise a všichni měli na výběr, zda misi přijmou, či nikoliv. Respondent I1, I4 a I5 se shodli ve výpovědi, že si určitou lokalitu vybrat nemohli, bylo jim nabídnuto konkrétní místo. I2 odpověděla rozsáhleji: „*Když odlétáš*

poprvé na misi, tak si vybírat nemůžeš. Ovšem po delší době působení v organizaci, ti mohou dát na výběr, ale nemusí tomu vždy tak být. Je důležité, aby sis také uvědomila, zda se na misi, kterou ti organizace nabídla, cítíš, či nikoliv. Jestliže se jedná o misi, která se nachází ve válečné zóně, a ty se bojíš o svou bezpečnost, máš právo misi odřici.“ I3 se při kladené otázce, zda si sama mohla vybrat místo, kam odletět pomáhat, s odpovědí od ostatních respondentů lišila: „Ano, můj cíl bylo středisko v Bigugu.“ I5: „Samozřejmě jsem měl na výběr, zda mám, či nemám zájem. Součástí vojenské přísahy je, že budete sloužit vlasti, jak na území České republiky, tak v zahraničí, a já si myslím, že je povinnost a zároveň čest pro vojenského zdravotníka účastnit se mise.“

Tabulka 6. Obavy informantů

OBAVY INFORMANTŮ
Nášlapné miny
Riziko infekce viru HIV
Zdravotní poškození či postižení
Setkání s obtížnou situací při léčbě pacientů

Během absolvování zahraniční mise doprovázely zdravotníky mnohdy určité obavy, které by měly radikální dopad na zdraví či psychickou stránku samotného zdravotníka. Mise se totiž vždy nekonaly v bezpečných lokalitách, ale i na územích, kde se válčilo, či probíhaly nepokoje. I2, I3, I4 ani I5 neměli strach například z infekce přenosné choroby. Obavy se týkaly něčeho jiného. I2 odpověděla: „Největší strach jsem měla z nášlapných min. Miny byly nejvíce v Burundii a Afghánistánu. Z nakažení HIV jsem ani takové obavy neměla. V protokolech organizace se udává, že do 72 hodin od incidentu s krví začneš užívat antiretrovirální léčbu, tak virus zničíš. Tohle byla má jistota, díky níž jsem se nebála.“ I5 udává: „Měl jsem obavu z toho, že budu nějakým způsobem poškozený, postižený a ponese to následky do budoucna. Samozřejmě se tím člověk nesmí nechat pohltit, ale někde tam vzadu ta obava prostě je, vždycky se něco může stát. Zároveň je to takové světlo, které vás drží v pohotovosti, není to úplně špatné.“ I3 pociťovala obavu spíše ze situace, kterou nebude moci vyřešit: „Někdy jsem měla strach, že si s pacientem nebudu vědět rady. Před přenosem chorob jsme se chránili podle možností a věřili, že to vyjde.“ Obavy u I4 vyplynuly na povrch o něco déle:

„Celá mise proběhla krásně, ale až po návratu mi všechno došlo, co se tam dělo, co se mohlo stát. Co se týká bariérového režimu, tam takové obavy nebyly, jelikož byl dostatek ochranných pomůcek.“ I1 uvedla odlišnou odpověď od ostatních informantů: „O své zdraví jsem jednu chvíli měla velký strach. Píchl jsem se o HIV pozitivní jehlu. Začala jsem okamžitě brát antiretroviární léčbu. Byla jsem psychicky špatná, ale měla jsem podporu od místních, jelikož jsem nebyla jediná, které se něco takového stalo. Naštěstí vše dopadlo dobře.“

Kategorie 4 – Práce zdravotníků na misi

Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie se nazývá Oblasti uplatnění zdravotníků na misi a druhá podkategorie nese název Odborné výkony.

Tabulka 7. Oblasti uplatnění zdravotníků na misi

OBLASTI UPLATNĚNÍ ZDRAVOTNÍKŮ NA MISI
Akutní ošetrovatelská péče
Edukace zdravotnického personálu
Vedení zdravotnického týmu
Zakládání nového zdravotnického střediska
Očkovací kampaně
Nutrice dětí
Zavedení zásad dezinfekce a sterilizace
Gynekologicko-porodnická péče
Záchrana lidských životů

Uplatnění zdravotníka na misi bylo dle získaných odpovědí velmi rozsáhlé. Jelikož I2 má za sebou více misí, na položenou otázku odpověděl takto: „Záleží na druhu mise, jestliže jsi na misi, kde je potřeba akutní péče, tak pracuješ jako klasická sestra, kdy se snažíš zachránit co nejvíce pacientů. Ale jestliže se jedná o misi, která trvá delší dobu, tak se spíše zaměřuješ na místní personál, který zaučuješ a vedeš.“ I5 udává: „Poskytoval jsem základní život zachraňující úkony. Následně jsme raněné posílali do nemocnice, kde se nacházelo lepší vybavení, jak po materiální stránce, zobrazovacích technik, tak i specializovaného personálu.“ Tato odpověď byla podobná s I4: „Jestliže se jednalo o vážné stavy, tak jsme prováděli akutní ošetření a následně byl raněný

převezen do nemocnice.“ Oba zdravotníci prováděli ošetřování v polních nemocnicích. I1, I3, I4 a I5 se shodují v odpovědi, že péči prováděli vždy v místě nemocnice, kdežto I2 vyjížděla i do terénu, kde ošetřovala místní obyvatele. V prvopočátcích mise I3 uvedla: *„Mojí prací bylo nejprve pomoci středisku vybavit potřebným materiálem a najít nejlepší praktické řešení místností a rozběhnout provoz.“* I5 uvádí: *„Na Mali jsem prováděla edukaci lékařů a všeobecných sester a oblasti poskytování traumapéče v přednemocničním prostředí.“* I2 uvedla, že v Burundii, Čadu, Indonésii a Kolumbii se účastnila velkých očkovacích kampaní. I1: *„Prováděla jsem převážně gynekologicko-porodnickou péči.“* Z mise v Burundii I2 uvedla: *„Zcela zde chyběly základy dezinfekce a sterilizace, musela jsem místní personál seznámit a jejími zásadami.“* Na africkém kontinentě se také I2 potýkala s problémem časté podvýživy u dětí: *„V Nigéru probíhala velká sucha, a tudíž nastal i hladomor. Pracovala jsem v centru podvýživy. Převážně jsme vyjížděli do vesnic, kde docházelo k přeměrování dětí.“*

Tabulka 8. Odborné výkony

ODBORNÉ VÝKONY
Asistence při malých chirurg. výkonech
Zajišťování dýchacích cest
Aplikace vakcín
Aplikace enterální a parenterální výživy
Ošetřování těhotných žen
Ošetřování novorozenců
Ošetřování podvyživených dětí
Testování na HIV
Zavádění i. v. vstupů
Obvazování ran

Mezi nejčastěji prováděné odborné výkony zdravotníky na misi bylo jednoznačně zavádění periferních žilních vstupů s následným podáním buď výživy či léčebné terapie. I1 poskytovala péči zaměřenou na rodičky a novorozence, uvedla: *„Dostala jsem se k věci, které u nás dělá atestovaný lékař. Prováděla jsem například kyretáž, diagnostikovala jsem potrat, když bylo potřeba. Naučila jsem se zašívát ženu po porodu.“* Velmi konkrétní odpověď poskytla I4: *„Nejčastěji jsem prováděla obvazování*

ran, asistenci při malých chirurgických výkonech, zajišťování dýchacích cest, aplikaci enterální a parenterální výživy, zavádění periferních žilních vstupů.“ Odpověď I1 na položenou otázku, jaké výkony prováděla nejvíce, odpověděla takto: „Každému pacientovi v nemocnici jsme prováděli takový rychlo test, který ukázal, zda je pacient HIV pozitivní či není, to bylo na denním pořádku.“ I3: „Mé místo bylo v převazovně, kde jsem zároveň aplikovala injekce nebo případně podávala infuze ordinované ve vedlejší ambulanci.“ Pouze I2 poskytovala péči i v centru podvýživy: „Podvyživeným dětem jsem dodávala stravu formou speciálních mlék, a když se jejich zdravotní stav zlepšil, tak následovalo podávání arašídových past.“

Kategorie 5 – Fungování zahraniční mise

Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie. V první podkategorii, Spolupráce zdravotnického týmu, je rozebrán zdravotnický tým, jaká byla jeho souhra. Druhá podkategorie, Materiální vybavení mise, se zabývá dostupností zdravotnického materiálu potřebného k ošetřování nemocných. Ve třetí podkategorii, Koordinace mise, je zaznamenáno, zda byli zdravotníci spokojeni s celostním fungováním zahraniční mise.

Tabulka 9. Spolupráce zdravotnického týmu

SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU	
KLADY	ZÁPORY
Skvělá souhra týmu	Špatná disciplína afrických zdravotníků
Všeobecná sestra jakožto plnohodnotný člen týmu	Nedodržování pracovní doby místním personálem
Lepší vztah všeobecná setra a lékař	Nesrovnalosti v zápisech

Zdravotníci se setkali s určitými klady a zápory, které se vyskytovaly ve zdravotnickém týmu. I1, I2 a I3 uváděli podobné zkušenosti ze svých misí na africkém kontinentě. I1 udává své poznatky z Ugandy takto: „Já se od nich hodně učila, i když jsem měla dosažené vyšší vzdělání než oni. Na druhou stranu, oni by se ode mě mohli učit disciplínu. Jelikož přístup kolegů k práci byl absolutně o něčem jiném. Když se jim nechtělo ráno do práce, tak prostě nepřišli. Například jsem zažila jednoho doktora,

který během služby odešel, jelikož se ve vedlejší vesnici hrál fotbal. Bylo zde málo disciplíny.“ I3 po zkušenostech s africkým zdravotnickým personálem uvedla: „Místní sestry mají mnohem širší záběr, než je tomu u nás, musí umět porodit dítě i ošetřit zlomeninu nebo zašít ránu.“ Na kompetence poukazuje také I1: „Výkony, na které my si voláme doktory, si dělají sestry samy.“ Co se týká již zmíněné disciplíny I1, I3 také poznamenává: „Druhá sestra se středoškolským vzděláním, měla na starosti vydávání léků a pomoc ve službách, uměla leccos, ale dle mého mínění byla trochu nepořádná.“ I2: „Dobře se mi pracovalo s africkými sestrami, které pracují v primární péči, měly léta zkušeností a byly hodně dobré, já jsem byla oproti nim hrozně malá. Ale oproti tomu v afrických nemocnicích to byla katastrofa, na všechno měly spoustu času, všechno jsem s nimi dlouho konzultovala.“ I1 uvádí: „Na oddělení leckdy neodpovídaly správně zápisy.“ I4 z Iránu uvedla rozdíl v kompetencích: „Měli jsme výborný zdravotnický tým a spolupráce byla skvělá. Rozdíl byl opravdu obrovský. Například spolupráce lékař a sestra byla jiná. V Iránu, kdo měl ruce a nohy, šel například zavést periferní žilní kanylu a bylo jedno, zda se jednalo o lékaře či sestru. Tam jsem se cítila plnohodnotnějším členem týmu.“ Pozitivní odpověď na spolupráci s lékaři uvedla také I1: „U nás se setkáváme často s postojem lékařů, kteří si myslí, že jsou víc než ostatní a mnohdy se jim nemůže nic říci. Tam jsem to nezažila, byli jsme si rovni a spolupráce byla skvělá. Je samozřejmé, že s někým si sedneš víc, s někým míň.“ I5 doplnil: „S lékaři se mi pracovalo vesměs dobře, ale vždy je tam nějaká mezera, než se všichni sžijeme a dojde k sehrání týmu. Začátky jsou vždy obtížné a mnohdy to skřípe, ale pak se ta kolečka uhladí a vše funguje, jak má.“

Tabulka 10. Materiální vybavení mise

MATERIÁLNÍ VYBAVENÍ MISE	
I1	Vybavenost dobrá, byla potřeba zlepšit systém v objednání materiálu
I2	Materiálu dostatek, nedostatek elektřiny, místního personálu
I3	Nedostatek lůžkovin, sterilního materiálu, častá improvizace
I4	Dostatečné zásobení potřebným materiálem
I5	Nedostatek kvalitního zdravotnického materiálu

Tabulka 10 poukazuje na materiální vybavení mise. Zda byl dostatek zdravotnického materiálu, který je potřeba k ošetřování nemocných. Odpověď I4 zněla: „*Ano dostatek všeho byl, ale řekla bych, že to bylo hodně tím, že jsme spolupracovali s americkým vojenským praporem, který byl vším dostatečně zásoben.*“ Co se týkalo materiálu, stejnou odpověď poskytla i I2, ale problém viděla jinde: „*Standardních věcí, jako léků a obvazů byl dostatek. Spíše se jednalo o věci, které my nemohli až tak ovlivnit. Neustále vypadávala elektřina, která byla potřeba. Byl nedostatek ventilátorů, tudíž nešlo poskytnout vyloženě intenzivní péči o pacienty. Ve válečných zónách byl zas nedostatek místních sester.*“ Již zmíněná disciplína afrických zdravotnických pracovníků I1 se odrazila i v této otázce: „*Byl zde centrální sklad, který byl přes noc zavřený a přes den se z něho vydával materiál. Častokrát se stávalo, že něco chybělo, či nebylo doplněné. Chybění materiálu nebylo z důvodu toho, že by nebyly peníze, ale nikdo to neobjednal, nebyl v tom systém.*“ I3 a I5 se spíše shodovali o opaku, pociťovali nedostatek materiálu. I3: „*Měli jsme nedostatek prádla, to je velmi drahé, a pak problém se sterilním materiálem. Nebyly zde jednorázové čtverce, materiál i nástroje se sterilizovaly 1x týdně ve městě, protože ve středisku byl jen velmi omezený přísun elektřiny. Hodně věcí se improvizuje jako standard. Nepotřebujete dlahu na zlomeninu, vždycky se něco najde. Nepotřebujete spojovací hadičky na infuze, ta se napojí rovnou na kanylu.*“ I5 na položenou otázku odpověděl takto: „*V prvopočátcích, hlavně na území Afghánistánu, jsme všichni pociťovali dost silnou potřebu být dovybavení něčím, co by lépe fungovalo právě pro ošetřování trauma pacientů a ulehčilo nám to práci. Tím narážím na fakt, že jsme měli nedostatek kvalitního zdravotnického materiálu. Všechno se změnilo, až po „prvních průserech“, kdy někdo umřel. Musel přijít impulz, aby došlo ke změně. Dneska je to už samozřejmě někde jinde, posun je mnohonásobný.*“

Třetí podkategorie se zaměřuje na spokojenost informantů s koordinací mise a jejím celostním fungováním. I2, I3, I4 a I5 udávají spokojenost s fungováním zahraniční mise. I2: „*Spokojená jsem byla. Mise jsou strašně logisticky náročné. Bez logistiků by tam sestry ani lékaři nemohli pracovat, kdyby nezajistili chod a praktické věci. Celé organizaci Lékařů bez hranic patří velký respekt.*“ I4 konkrétně odpověděla: „*Kdybych byla zaměstnanec Armády ČR, možná bych to vnímala jinak, ale na mé postavení ošetřovatelky jsem byla nadmíru spokojená. Představovala jsem si to jinak, možná i daleko hůř, než jak to všechno ve výsledku bylo. Asi kdybych tam jela dnes, tak spoustu věcí už vnímám jinak.*“ I3 a I5 uvádí progres ve fungování. I3: „*Spokojená jsem byla.*

Postupně se všechno vylepšovalo. Místní pracovníky nelze natlačit do našeho systému, prostě to u nich funguje jinak, je třeba respektovat jejich způsoby. Změnila bych počet zaměstnanců. Tohle byl nepřetržitý provoz ve dne v noci bez pracovní doby. Kromě víkendů, kdy jsme se o pohotovost dělili. To je ale asi otázka hlavně peněz. I5: „Jak jsem již zmínil, na mé první misi v Afghánistánu to vážlo ve vybavenosti potřebným materiálem. V současné době je tento problém zažehnám. Jinak mise probíhaly naprosto v pořádku a nezaznamenal jsem, že by armáda nějakým způsobem pochybila.“ I1 jako jediná na spokojenost či nespokojenost odpověděla takto: „Působilo to na mě, že tam chyběla nějaká pevná ruka, která by to ze shora lépe koordinovala. Chyběl tam pevnější řád.“

Kategorie 6 – Komunikace s pacienty

Tabulka 11. Komunikace s pacienty

KOMUNIKACE S PACIENTY
Tlumočnick
Naučené základní fráze v jazyce pacienta
Rodinní příslušníci ovládající anglický jazyk
Neverbální komunikace

Všichni dotazovaní se shodli, že se neustále setkávali s jazykovou bariérou během poskytování ošetřování, ale většinou dokázali najít řešení, jak daný problém zvládnout. I4 odpověděla: „Místní obyvatelé málokdy uměli anglicky. Když u nás zavádíte například periferní žilní kanylu, tak se ptáte pacienta, zda je všechno v pořádku, ale tam tohle odpadlo a dělala jsem pouze svou práci, sledovala jsem, jak na to raněný reaguje. Jsem zvyklá hodně s pacienty komunikovat a tam to bylo vážně obtížné.“ I1 se mnohdy odkazovala na rodinné příslušníky: „Záleželo, jakého pacienta jsem ošetřovala. Když jsem ošetřovala například úřednici, učitelku, tak nebyl problém se domluvit anglicky. Ovšem byl zde i velký výskyt pacientů, kteří neměli žádné vzdělání, tudíž anglicky neuměli. Většinou jsem se domlouvala s ostatními kolegy a starala jsem převážně pacienty, kteří ovládali angličtinu. Samozřejmě jsem se naučila nějaké základní fráze v jejich jazyce. Jelikož u lůžka nemocného byla neustále rodina, šlo se domluvit například s dětmi, které ovládaly angličtinu a ty následně tlumočily.“ I3

poukazuje na neverbální komunikaci: „Byla zde obrovská jazyková bariéra. Některé nejdůležitější věty jsem se naučila rwandsky, s některými mladšími se dalo trochu hovořit anglicky, jinak rukama a obličejem. Když bylo potřeba, vyřešila to jedna z místních sester.“ I2, I4 a I5 uvedli mnohdy přítomnost tlumočnicka, který jim byl nápomocen. I5 k tomu dodal: „Zde byla výhoda tlumočnicka, ale ten ne vždy ovládal odborné výrazy, takže byl problém s dostáváním adekvátní odpovědi. Byl to oříšek a samozřejmě to ztěžovalo péči.“ I5 vzhledem k tomu, že prováděl převážně neodkladnou přednemocniční péči, svou odpověď rozšířil následovně: „Ranění, které jsem ve většině případů ošetřoval, se nacházeli ve sníženém stavu vědomí, jelikož většina poranění se týkala větší ztráty cirkulující krve, tudíž jejich stavy byly šokové. I kdyby mluvili česky, tak by komunikace velmi vážla. U lehčích poranění byla patrná jazyková bariéra, místní obyvatelstvo málokdy ovládalo anglický jazyk.“

Kategorie 7 – Návrat z mise

Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie, Názor na české zdravotnictví, uvádí, jaký má informant pohled na české zdravotnictví po absolvování zahraniční mise. Druhá podkategorie, Životní posun zdravotníků, se zabývá tím, co informantovi dala mise do osobního života.

V první podkategorii se všichni zdravotníci shodli na tom, že na území České republiky funguje skvělé zdravotnictví. Mnohdy uvedli poznatky, co by se ale mohlo zlepšit. I1 uvedla: „Máme skvělý systém zdravotnictví, je sice o dost přísnější, ale na druhou stranu je to dobře. Začala jsem si tu více všímat péče o nemocné ze strany rodiny. Mnohdy pacienti nemají vůbec žádné návštěvy, nebo pouze minimální ze strany svých příbuzných, což mi přijde smutné.“ Stejný postřeh uvedla i I2 z mise v Afghánistánu na dětském oddělení: „Oddělení bylo neustále přeplněné, jak malými pacienty, tak rodinnými příslušníky. Každý pacient byl kolem lůžka obklopen svou rodinou, která u něj trávila 24 hodin denně.“ Odpověď, kterou poskytla I3 byla velmi zajímavá: „Podle mého soukromého mínění je naše zdravotnictví na vysoké úrovni, jen se z toho nějak vytrácí člověk a z pacienta se stává výrobek na běžícím pásu nějaké fabriky. Možná povedený, možná zmetek na reklamaci.“ Stručné a podobné odpovědi uvedli I2 a I5. I2: „U nás všechno funguje jak má, máme skvělý systém. Nemáme si absolutně na co stěžovat. Jen personál ve zdravotnictví se nemá až tak dobře, takže zlepšení by mohlo proběhnout v tomto směru.“ I5: „České zdravotnictví je na špičkové úrovni. Kdyby měl

každý zkušenost, jako mám třeba já, tak by si lidé, žijící v České republice, na zdravotnictví u nás nemohli absolutně stěžovat.“ Na položenou otázku o českém zdravotnictví otevřeně odpověděla i I4: „Po návratu z mise jsem se nechápala, co u nás všeobecné sestry řeší na titěrnosti, na kterých přeci až tak nezáleží, ale časem mi došlo, že my zdravotnictví spolu s ošetrovatelskou péčí máme na tak špičkové úrovni a tudíž tyto maličkosti jsou pro naše zdravotnictví vážně důležité a je potřeba je řešit. Ta péče je v závěru stejná, na obou stranách země jde převážně o to samé, vnímáme dotyčného pacienta sice holisticky, ale primárně vám jde o ty biologické potřeby, aby přežil a byl bez bolesti. Tady mi jen chybí lepší spolupráce lékař a všeobecná sestra, ta spolupráce tady je, ale jiná než tam.“

Tabulka 12. Životní posun zdravotníků

ŽIVOTNÍ POSUN ZDRAVOTNÍKŮ
Obohacení v osobním životě
Změna životních priorit
Hrdost
Úcta k životu
Mentální posun a vyspělost
Sebepoznání
Zlepšení v pracovním životě
Nalezení vnitřní síly

Druhá podkategorie se zaměřovala na životní posun informanta díky absolvování zahraniční mise. Každá poskytnutá odpověď na tuto otázku byla velmi zajímavá. I2: „Když jsem se vracela domů, tak mě to hrozně obohatilo a mentálně jsem se posunula o dost dál. Viděla jsem ty podstatné a naopak nepodstatné věci v životě. Pro mě to bylo i sebepoznání, došlo mi, že zvládnou strašně moc, i víc než si myslím. Že mám v sobě silnou vnitřní sílu, kterou najdu vždy, když mi půjde o život.“ Značný posun uvádí i I1: „Posunula jsem se asi o 200% a ne jen v pracovním, ale i osobním životě. Naučila jsem se spoustu věcí, o kterých jsem pouze jen slyšela, ale nikdy si je nevyzkoušela. Začala jsem si více vážit sama sebe, po tom všem co jsem tam zvládla. Vážím si i více věcí, které máme u nás k dispozici a bereme je automaticky.“ Velmi výstižnou odpověď uvedla I4: „Došlo mi, že všechno je pomíjivé, ale život jako takový, je to nejdůležitější,

co máme. Lusknutím prstů může všechno skončit. To vše mi došlo až po návratu do ČR. Myslím si, že jsem tam také o něco rychleji dospěla. Sama na sebe jsem hrdá, že jsem to dokázala.“ Odpověď I5, z pohledu muže znělo takto: *„Získal jsem zde obrovskou úctu k životu. Během mise si člověk uvědomí, jak dobře se u nás máme. Kamkoliv více na východ jedete, tam úroveň žití klesá. Po návratu jsem měl pocit, že tady jsou lidé zhýčkaní až rozmazlení. Střet s realitou je pro mě vždycky těžký. Odnáší to i rodina. Manželka si zvykne na to, že chlap v rodině chybí a tím pádem se stará o veškerý chod domácnosti, následně je pro ni obtížnější zase tu úlohu manželovi navracet. Po praktické stránce mi to dalo maximum, neustále z toho čerpám.“* I3 odpověděla krátce: *„Získala jsem jiný úhel pohledu na život v Africe, nemám z těch lidí obavy, jsou přátelští a zranitelní stejně jako my v bohaté Evropě.“* Dotazovaní se po absolvování zahraniční mise shodli na tom, že by vyjeli rádi znova. I5 dokonce uvádí: *„V současné době jsem si dal požadavek do Iránu, takže čekám, zda se mi vyhoví.“* I1 a I2 nyní vyjet nemohou, jelikož plní funkci matek a I4 má jisté pracovní závazky v ČR.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce má za cíl zjistit, jaká je náplň práce sestry na zahraničních misích v jednotlivých organizacích. Dále se zabývá požadavky, jež musely všeobecné sestry splnit, než se jim podařilo na misi odletět. Také pojednává o nejčastějších problémech, s nimiž se během mise setkaly a jak obtížné situace zvládaly. V neposlední řadě také zjistit, jaké má zkušenosti všeobecná sestra po absolvování zahraniční mise.

V současné době probíhají po celém světě válečné konflikty, ať většího měřítka či menšího, při kterých přichází o životy různý počet nevinných lidí. Vidina celosvětového míru je v nedohlednu. Bohužel tyto konflikty nejvíce odnášejí obyčejní lidé, kteří se válek ani nechtějí účastnit, a přesto se stávají častokrát terčem útoků. Při těchto těžkých momentech ve většině případů dochází i k oslabení místního zdravotnického systému, kdy je potřeba, aby poskytly pomoc humanitární organizace a do zemí vyslaly své pracovníky, kteří jsou schopni poskytovat odbornou zdravotnickou péči. Všeobecné sestry, které se rozhodnou k tomuto krásnému humanitárnímu činu, a na misi odjedou, se potýkají i s řadou úskalí, která budou nuceny překonat. Ošetřují pacienty ne vždy ve stabilních a klidných podmínkách, setkávají se s pacienty s odlišnou vírou, mentalitou a zvyky. Během mise jsou na zdravotníky kladeny těžké nároky, kterým musí čelit. II práci na misi zhodnotila takto: „*Nebylo tam nic tak, jak jsme zvyklí tady.*“ Tato bakalářská práce se snaží poukazovat i na tato úskalí.

K dosažení vytčeného cíle práce byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jaká je příprava všeobecné sestry před výjezdem na misi? Jaká jsou specifika práce na zahraničních misích? Jaké jsou zkušenosti všeobecných sester na zahraničních misích?

Sběr dat probíhal formou kvalitativního výzkumného šetření. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly poskytnuty pěti informanty. Podmínkou výběru těchto informantů byla vždy minimálně jedna účast na zahraniční misi. Během mise poskytovali odbornou zdravotnickou pomoc v zemích, kde došlo k oslabení zdravotnického systému. Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do několika kategorií a podkategorií.

Zakladatel organizace Člověk v tísni, Šimon Pánek, uvádí: „*Je potřeba dělat v životě věci, které jsou správné, které mají smysl a dělat je dobře. Být v životě k něčemu.*“ (Trachta, 2013, s. 7). Tato slova se odrazila i v odpovědích zdravotníků na otázku, co je

vedlo k účasti na zahraniční misi. Chtěli poskytovat pomoc lidem tam, kde jí je nejvíce potřeba a cítit se tak užitečně. Roli hrála i zvědavost, kdy zdravotníci chtěli poznat, co obnáší práce na zahraniční misi a rozšířit si tak své vědomosti. Dle mého názoru je to hlavně o pomoci druhým, ale zároveň je důležité, aby si člověk rozšířil i své obzory. Stejně jako je důležité uspokojovat potřeby druhých, tak je důležité uspokojovat i ty své. Překvapilo mě, že I3 měla na misi přítomnost svého syna a I4 zase přátele. Pro obě informantky byla přítomnost těchto lidí spouštěcím impulzem, proč na misi vůbec odjet. Myslím si, že to bylo velkým přínosem pro zdravotnice. Vždy je příjemné, když máte po boku přátele či rodinu, sdílíte s nimi hezké zážitky a zároveň se dokážete podržet i v těžkých chvílích. Důvod, který uvedl I5 se týkal i zvýšení odbornosti: „*Na první misi jsem vyjel, abych si zvýšil svou odbornost, abych porovnal své teoretické znalosti s realitou.*“

Ošetřování je multidisciplinární obor, který má za cíl, poskytovat individuální ošetrovatelskou péči. Jestliže chce sestra vykonávat holistickou péči zaměřující se na uspokojování potřeb pacientů různých kultur, je důležité, aby měla jistou teoretickou znalost v odlišnostech těchto kultur (Tóthová, 2012). Dle mého názoru je důležité, aby zdravotníci před odjezdem na misi měli tyto znalosti, jelikož chování člověka velmi ovlivňuje etnický původ a samozřejmě také náboženské přesvědčení. Ze získaných odpovědí, ale žádný z dotazovaných nevedl, že by se před odletem zajímal o tuto problematiku. Určité rozdíly zaznamenávali až během mise. Jak uvádí Tóthová (2012) samotné duchovní a náboženské přesvědčení nabírá většího významu v době nemoci, nežli v době zdraví.

Než zdravotníci mohli na misi vůbec odletět, bylo zapotřebí splnit určité podmínky. Každý musel doložit své dosavadní vzdělání v oboru a mít znalost anglického jazyka. I1, I2, I4 a I5 procházeli výběrovým řízením, které bylo různě obsáhlé a náročné. Dle výsledků bylo na I2 kladeno nejvíce požadavků a samotný proces výběru trval poměrně dlouhou dobu. „*Přibližně 6 let jsem se na samotný odlet připravovala.*“ Studovala několik let anglický jazyk v zahraničí. V České republice si díky stáží rozšiřovala své odborné vědomosti na různých odděleních a tím se jí zvětšil okruh znalostí, které pak na misích využívala. Z odpovědi je patrné, že organizace Lékaři bez hranic své pracovníky vybírá opravdu pečlivě. Lékař Jan Trachta, který také působí v organizaci MSF, ve své knize Tichý dech uvádí, že Lékaři bez hranic jsou tou nejlepší a největší humanitární organizací na světě (Trachta, 2013). I dle I2 na mise pod touto organizací odjíždí pouze

zdravotníci, kteří jsou specialisté ve svém oboru. Dle výroční zprávy MSF za rok 2016 působilo ve světě celkově 35 spolupracovníků z České a Slovenské republiky, kteří dohromady vyjeli na 46 misí v 21 zemích. Zapojovali se nejčastěji do projektů v Jižním Súdánu, Iránu, Afghánistánu a Libanonu (Lékaři bez hranic, 2016).

Dle statistik celkem 23 z 25 nejchudších zemí světa leží na území afrického kontinentu. Tyto země nemají k dispozici dostatečný počet lékařů, zdravotníků a vůbec moderního zdravotnictví (W4T, 2016). Z tohoto důvodu také byli 4 z 5 informantů vysláni organizacemi poskytující pomoc právě do afrických zemí. Shoda informantů v místě působení byla i na území Afghánistánu. Zahraniční mise ve většině případů trvaly minimálně tři měsíce. Během mise museli zdravotníci projít určitou kulturní adaptací a spolu s tím prožívali kulturní šok. S touto psychickou reakcí se setká člověk, který se přemístil do velmi odlišné kultury, než byl doposud zvyklý. Dle Oberga (1960) se kulturní šok odehrává ve čtyřech fázích. Kdy první fáze je fascinace novými lidmi a kulturou. Ve druhé fázi dochází ke krizi a život v nové kultuře se stává složitým. Ve třetí fázi dochází k poznání, člověk se učí zvládat různé situace (například komunikaci či odlišná pravidla dané kultury). V poslední, čtvrté fázi, dochází k přizpůsobení se, kdy se člověk těší z nové kultury a váží si lidí kolem sebe (Špirudová, 2006).

Zdravotníci ne vždy poskytovali pomoc v klidných a stabilních podmínkách. Organizace mají jisté bezpečnostní protokoly, které se snaží předcházet všem rizikům a chránit tak životy svých pracovníků. Na začátku mise se vždy stanoví určitá bezpečnostní pravidla, která se musí striktně dodržovat (Lékaři bez hranic, 2018). Velmi konkrétně na to poskytla odpověď I2: *„Je důležité, aby sis také uvědomila, zda se na misi, kterou ti organizace nabídla, cítíš, či nikoliv. Jestliže se jedná o misi, která se nachází ve válečné zóně, a ty se bojíš o svou bezpečnost, máš právo misi odřít.“* Zajímavé zjištění bylo, že se informanti ani tak neobávali o své zdraví ze strany přenosu nějaké infekce. Uvedli, že se vždy dostatečně chránili potřebnými pomůckami. Také počítali s tím, že pracují s týmem lékařů a v případě nějakého pochybení, by jim byla poskytnuta okamžitá léčba. S touto situací uvedla zkušenost I1, která se při ošetřování HIV pozitivního člověka poranila svou nepozorností o použitou jehlu. I1: *„Začala jsem okamžitě brát antiretroviární léčbu. Byla jsem psychicky špatná, ale měla jsem podporu od místních.“* Dva informanti poskytli odpověď, kdy uvádí, že se spíše báli nášlapných min či útoků, jež by měly fatální následky.

Práce zdravotníků jak na misi, tak v klasických zdravotnických zařízení je různorodá, ale vždy musí být vykonávána v souladu s etickými normami a kodexy. Jestliže chce zdravotník poskytovat kvalitní péči nemocným, měl by se řídit Hippokratovou přísahou. K nemocnému se chovat za každých okolností s úctou a respektem a své poslání by měl vykonávat odpovědně (Kelnarová, Matějková, 2014). Informant I4 a I5 na mise vyjeli pod Armádou České republiky a jejich stanovisko bylo v polní nemocnici, kde prováděli akutní neodkladnou pomoc. Poskytovali tak základní život zachraňující úkony. I1 péči vykonávala v malé nemocnici, pečovala o těhotné ženy a novorozence, tudíž poskytovaná péče byla gynekologicko-porodnická. I3 se účastnila a byla potřebná při zakládání nového zdravotního střediska v horách ve Rwandě. Její prvotní uplatnění bylo pomoci rozběhnout chod tohoto střediska, rozvrhnou nejvhodnější řešení místností a jejich vybavení. Následně poskytovala základní ošetření místnímu obyvatelstvu. Uplatnění I2 bylo dle výsledků širokospektré, každá absolvovaná mise byla zaměřená na odlišnou problematiku. Výstižná byla její odpověď: *„Záleží na druhu mise, jestliže jsi na misi, kde je potřeba akutní péče, tak pracuješ jako klasická sestra, kdy se snažíš zachránit co nejvíce pacientů. Ale jestliže se jedná o misi, která trvá delší dobu, tak se spíše zaměřuješ na místní personál, který zaučuješ a vedeš.“* Základní filozofie MSF je zaškolit co nejkvalitněji a nejrychleji místní personál, který následně bude poskytovat profesionální péči o pacienty. V rozhovoru I2 poskytla opravdu zajímavou informaci: *„Když se jedná o dlouhodobou misi, tak obsahuje tým většinou 7-10 zahraničních pracovníků, neboli expatů. Menší mise obsahuje ve většině případů 5 expatů, kteří mají pod sebou samozřejmě místní personál. V Nigeru jsem zažila největší projekt, který obsahovat přibližně 60 lidí z Evropy, protože byl naprostý nedostatek místního personálu, kdybychom tam nebyli, tak tam budou děti umírat, to byla naprostá katastrofa. Tato mise se také velmi prodražila.“* Otázka financí hraje velkou roli i v humanitárních organizacích. Jestliže chtějí být organizace neutrální v jistých politických zájmech a vlivech, je nutné, aby přijímaly finance od vlád a mezinárodních institucí pouze v omezené míře. Finanční podpora se přijímá nejvíce od soukromých dárců a tím se zachovává neutralita, nezávislost a nestrannost organizace (Lékaři bez hranic, 2018).

Svou odbornost informanti nejvíce prokazovali určitými výkony, které prováděli během ošetřování nemocných. Nejčastěji zaváděli periferní žilní vstupy, přes které aplikovali

potřebnou léčebnou terapii. Odpovědi se shodovaly také při způsobu ošetřování ran. I1 uvedla, že si v Ugandě vyzkoušela dostatek nových výkonů, což jí posunulo ve své profesi. Denně prováděla takzvaný rychlo test na HIV, který prokázal, zda je pacient infikovaný virem či nikoliv. Epidemie HIV/AIDS má stále nejkatastrofálnější následky, kdy podle odhadů v roce 2015 bylo 25,6 milionů osob infikovaných virem HIV na území subsaharské Afriky (W4T, 2016). Na tomto kontinentu se také zdravotníci neustále potýkají s dětskou podvýživou, I2 během svých misích působila v centru, kde poskytovala péči mnohdy extrémně podvyživeným dětem. Dodávala jim stravu formou speciálních arašídových past. Řadu výhod těchto past udává všeobecná sestra Jitka Kosíková, která má za sebou také účast na několika zahraničních misích. *„Nepotřebuje zvláštní skladování, třeba v ledniče, a vydrží dva roky. Je jednoduché ho použít bez jakékoliv přípravy. Děti ho mohou jíst přímo ze sáčku a omezí se tak případná kontaminace například ze špinavé vody.“* udává Jitka Kosíková (Traplová, 2016). Na tomto kontinentu se MSF také podílí na velkých očkovacích kampaních. Očkování je stále jedním z nejúčinnějších způsobů, jak chránit lidské životy. Jedna z největších očkovacích kampaní proběhla v roce 2016, kdy za necelé dva týdny dokázaly týmy naočkovat více než 700 tisíc lidí (Lékaři bez hranic, 2016). Dotazovaná I2 se také na svých misích zapojovala do těchto kampaní.

Během účasti na zahraničních misích se informanti lečemu naučili a uváděli zajímavé poznatky, se kterými se setkali. Z výsledků plyne, že souhra celého zdravotnického týmu na misi byla velmi dobrá. Všeobecná sestra se na misi ve většině případů cítí plnohodnotněji a více potřebná. I postoj mezi lékařem a všeobecnou sestrou je odlišnější, sestra se necítí podřadná a lékař se nad ni nikterak nepovyšuje. Je patrné, že africké sestry mají daleko širší okruh kompetencí a jejich praktické dovednosti jsou na velmi dobré úrovni, přestože mnohdy nemají možnost dosáhnout na kvalitní vzdělání. I3 uvedla: *„Místní sestry mají mnohem širší záběr, než je tomu u nás, musí umět porodit dítě i ošetřit zlomeninu nebo zašít ránu.“* Z poskytnutých rozhovorů také vyplynula na povrch horší disciplína afrických sester. Mnohdy došlo k nedodržování pracovní doby, chyběl zde pevnější řád pro místní pracovníky. I1: *„Když se jim nechtělo ráno do práce, tak prostě nepřišly.“* I2 uvedla, že během pracovní doby neumí plnohodnotně nakládat s časem. Jistých chyb si všimla i I3, ale byla tolerantní: *„Místní pracovníky nelze natlačit do našeho systému, prostě to u nich funguje jinak, je třeba respektovat jejich způsoby.“* Dle mého názoru je pohled I3 na danou problematiku správný. Určité věci u

nás bereme automaticky a nepozastavujeme se nad jejich fungováním. Například to, že musíme přijít do práce v přesně danou dobu a v přesně danou dobu z ní taky odejít je naše povinnost, ale jinde ve světě to takto nemusí zcela fungovat.

Na africkém kontinentě byla také patrná silná víra v šamanismus. Je samozřejmé, že zdravotníci chtějí poskytovat svým pacientům maximálně kvalitní zdravotní péči, která nemocného navrátí co nejdříve do normálního života, ale mnohdy toto poslání stěžovala víra obyvatel v tradiční africké náboženství. Z rozhovoru Pelikánové (2013) s lékařem Alešem Bártou, vyplývá fakt, že u afrických obyvatel má daleko větší respekt tradiční léčitel nežli vzdělaný lékař. Stejný názor má i lékař Jan Šebek (2017). Dále uvádějí, že nejprve nemocný navštíví šamana, který se bohužel snaží určitý problém nemocného řešit mnohdy neobvyklými metodami. Tyto metody mohou zapříčinit, že se nemocný do nemocnice dostane až ve velmi vážném stavu a mnohdy již není k uzdravení velká šance.

Při poskytování pomoci hraje i určitou roli materiální vybavení na misi. I3 se potýkala s nedostatkem lůžkovin a sterilního materiálu. Nedostatek sterilního materiálu zapříčiňoval velmi omezený přísun elektřiny do střediska v horách ve Rwandě, kde působila. S tímto problémem se potýkala i I2, která udávala také nedostatečný přísun elektřiny, což nešlo ovlivnit. I5 v prvopočátcích mise neměl dostatek kvalitního ošetrovatelského materiálu, ale také uvádí, že v současnosti v tomto směru proběhl mnohonásobný posun. V Ugandě, kde působila I1, již zmíněná disciplína afrických zdravotníků zapříčinila, že občas docházelo k pochybením při objednávání potřebného zboží. S fungováním mise byli informanti převážně spokojeni, I2 odpověděla výstižně: *„Spokojená jsem byla. Mise jsou strašně logisticky náročné. Bez logistiků by tam sestry ani lékaři nemohli pracovat, kdyby nezajistili chod a praktické věci.“* Právě samotný efektivní logistický systém je základem pro fungování mise. I český chirurg Tomáš Šebek ve své knize, která pojednává o misi v Afghánistánu, popisuje práci logistiků jako jednu z nejdůležitějších vůbec (Šebek, 2015). Logistický tým se stará o správný chod celého projektu. Logisticy jsou lidé, kteří jsou vždy první na místě a zároveň poslední, kdo dané projekty opouští (Lékaři bez hranic, 2018). Myslím si, že v současné době je velmi dobře medializovaná práce lékařů a zdravotníků během humanitárních krizí, ale dost často se zapomíná právě na samotné logistiky. Z výsledků je patrné, že právě oni jsou jedním z důležitých a nezbytných článků pro správné fungování celé mise.

Ať je však ošetrovatelská péče poskytovaná jakýmkoliv pacientům kdekoliv na světě, jeden aspekt je vždy důležitý. A to potřeba komunikace. Konkrétně při nemoci je člověk obzvláště citlivý na vnímání okolí. Proto jak komunikace dokáže léčit, zároveň tak i dokáže ublížit (Kutnohorská, 2013). Jelikož mise probíhají v naprosto odlišných částí světa, je patrné, že se zdravotník setká se situacemi, kdy dochází k jazykové bariéře. Což je dle mého názoru velkým problémem. Jak uvádí Kutnohorská (2013) komunikace hraje důležitou roli i v době nemoci. Dotazovaní sice měli znalost anglického jazyka, ale místní obyvatelé mnohdy ovládali pouze svůj rodný jazyk. Z výsledků plyne, že se ošetřující neustále potýkal se zmíněnou jazykovou bariérou při ošetřování nemocných. Zdravotníci projevili jistou známku kreativity a snažili se tomuto problému čelit a vyřešit ho. U lůžka pacienta byla neustále přítomná i jeho rodina, takže pomoc poskytl někdo z rodiny, kdo anglický jazyk ovládal. Zdravotníci se také naučili základním frázím v rodném jazyce nemocného, což pomohlo na zodpovězení některých otázek. Leckdy byla možnost i využít tlumočnicka.

Po absolvování mise se zdravotníci shodli na tom, že české zdravotnictví je na špičkové úrovni. Dva informanti si všimli dobré péče ze strany rodinných příslušníků, kdy u lůžka nemocného trávili neustále čas a byli mu nápomocni. Oproti tomu v České republice mnohdy nemocní mají za svůj pobyt v nemocnici minimální či vůbec žádné návštěvy. I3 poskytla velmi zajímavou odpověď na české zdravotnictví po návratu z mise: *„Podle mého soukromého mínění je naše zdravotnictví na vysoké úrovni, jen se z toho nějak vytrácí člověk a z pacienta se stává výrobek na běžícím pásu nějaké fabriky. Možná povedený, možná zmetek na reklamaci.“* V současné době je na pacienty pohlíženo částečně jinak, než by správně mělo, a to jako na rovnocenné partnery. Na vlastníky svého těla a duše s nárokem pokládat zdravotníkům malicherné otázky vyčtené na internetu, jelikož tyto malichernosti se nemocného zásadně dotýkají v době neúplného zdraví (Trachta, 2013). Během absolvování mise se dotazovaní setkali s různými situacemi, které jim utkvěly v paměti možná i po zbytek života. Tyto situace zapříčinily i určité změny a posuny v jejich životech. Z výsledků plyne, že mise byly velmi obohacující a posun byl viditelně patrný ne jen po pracovní, ale i osobní stránce. Informanti poznali hlouběji i sami sebe, co jsou schopni dokázat a jak vnitřně silní doopravdy jsou. I4 došlo, že to nejdůležitější, co v životě máme, je život jako takový, nic není přednější. I toto bereme automaticky, aniž bychom si uvědomili, že se během okamžiku může všechno změnit. I4 poznamenala: *„Myslím si, že jsem tam také o něco*

rychleji dospěla. Sama na sebe jsem hrdá, že jsem to dokázala.“ Po praktické stránce si I5 z mise odvezl maximum a udává, že z těchto zkušeností neustále čerpá. Také mu došlo, jak dobře se v České republice máme: *„Po návratu jsem měl pocit, že tady jsou lidé zhýčkaný až rozmazlení. Střet s realitou je pro mě vždycky těžký.“*

Tomáš Šebek o práci lékařů a zdravotníků na zahraničních misích uvedl: *„ ... baví je medicína a baví je léčit jejich pacienty. Vloží do toho maximum a včetně kusu svého soukromého života. Jdou za hranice toho, kde končí jejich odbornost. Někdy možná bezhlavě, ale vždycky srdcem. A proto je to na konci třeba i záchránění dítě tam, kde by mu jinak vůbec nikdo nepomohl.“* (Šebek, 2015, s 39). Tato citace je sice směřována k práci na zahraničních misích, ale, dle mého názoru, každý lékař a zdravotník by měl svou profesi vykonávat hlavně srdcem. Ať už tak činí v těch nejchudších zemích světa, nebo v těch nejbohatších, vždy by měl zajistit spokojenost pacientů. A to je přece pro fungující zdravotnictví moc důležité.

6 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na práci sestry na zahraničních misích. V současné době se jedná o aktuální téma, jelikož média neustále informují společnost o různých probíhajících válečných konfliktech, či úderech přírodních katastrof ve světě, při kterých dochází ke snížení dostupnosti zdravotní péče. Do těchto oslabených míst posílají organizace vzdělané zdravotnické pracovníky, aby tam právě oni poskytovali potřebnou pomoc druhým lidem.

Cíl bakalářské práce spočívá v zaměření se na náplň práce všeobecné sestry na zahraničních misích v jednotlivých organizacích. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že hlavní náplní práce sestry na misi je ošetřování raněných během válečných konfliktů, především pak rodiček a novorozenců, či obyvatel, kteří neměli dostatek financí na ošetření v nemocnici. Patří sem i edukace místního zdravotnického personálu v oblasti poskytování odborné ošetrovatelské pomoci nemocným. Jelikož po skončení zahraniční mise právě místní personál převezme veškerou zodpovědnost při ošetřování pacientů.

Byly stanoveny tři výzkumné otázky. VO 1: Jaká je příprava všeobecné sestry před výjezdem na zahraniční misi? Informanti se shodovali, v absolvování školení, pohovorů a testů, kde dokazovali jak teoretické znalosti, tak praktické dovednosti. Prokazovali také jisté znalosti anglického jazyka. Dále procházeli psychickými testy, zda jsou schopni pracovat i v obtížných situacích. Museli také absolvovat řadu očkování. Každá příprava jednotlivého informanta byla různě náročná.

VO2: Jaká jsou specifika práce sestry na zahraničních misích? Během mise se informanti setkali s různými odlišnostmi, na které nebyli doposud zvyklí. V zemích, kde poskytovali pomoc, se setkali s pacienty, kteří málo kdy ovládali anglický jazyk. Tudíž si informanti museli poradit s jazykovou bariérou. Také reakce pacientů byly mnohdy odlišné. Například bolest prožívali velmi intenzivně. Patrný je i odlišný přístup místních pracovníků k vykonávání své profese, kdy jim mnohdy chyběla disciplína. Během mise také zdravotníci museli zvládat vlastní obavy o své zdraví, jelikož mise neprobíhaly vždy v klidných lokalitách.

VO3: Jaké jsou zkušenosti všeobecných sester na zahraničních misích? Ze získaných výsledků lze soudit, že absolvování zahraniční mise informantům dalo maximum, jak

do pracovního, tak osobního života. Po praktické stránce se zdokonalili ve své profesi, na kterou jsou náležitě hrdí a v osobním životě si váží více věcí, které mají snadno dostupné v České republice. Také uvedli velmi kladný pohled na české zdravotnictví.

Zjištěné výsledky uvedené v bakalářské práci mohou pomoci studentům i sestrám ke zmapování možností výjezdu s některou z humanitárních organizací. Poslouží k získání bližší představy o náplni práce zdravotní sestry na zahraniční misi a v neposlední řadě také ke zviditelnění náročné práce lidí, kteří se obětavě a profesionálně podílejí na pomoci druhým.

Seznam použitých zdrojů

1. ABD AL-ÁTÍ, H., 2010. *Zaostřeno na islám*. 2. vydání. Praha: Islámská nadace v Praze. 203 s. ISBN 978-80-904373-6-4.
2. ADRA, 2014. *Pomoc v ČR* [online]. Praha: Adra [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.adra.cz/pomoc-v-cr>
3. ADRA, 2017. *Our history* [online]. Old Columbia Pike: Adra [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://adra.org/about-adra/history/>
4. ADRA, 2017. *Sustainable development goals* [online]. Old Columbia Pike: Adra [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://adra.org/about-adra/sdgs/>
5. AKRMAN, L., et al., 2017. *Nezapomeňme na Afghánistán* [online]. Dotyk. [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <https://dotyk.denik.cz/publicistika/nezapomenme-na-afghanistan-20170115.html?tema=treti-svet>
6. AMBALU, S. et al., 2016. *Kniha náboženství*. Praha: Knižní klub, 352 s. ISBN 978-80-242-5179-0.
7. BAHBOUH, CH., HÁJEK, M., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-5631-8.
8. BARTÁK, M. et al., 2007. Trendy a výzvy současné rozvojové spolupráce. In: Kolektiv autorů. *Novinář, rozvojová spolupráce a humanitární pomoc: Příručka rozvojového vzdělávání pro studenty mediálních oborů*. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, s. 9-17. ISBN 978-80-86961-31-6.
9. BEDNÁŘOVÁ, J., 2017. Nejsm žádný hrdina, bojím se vždy. *Týdeník květy*. 27 (35), 30-34. ISSN 0862-898X.
10. BRUMLIK, M., 2012. *Judaismus*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-3914-4.
11. BUDDHISMUS DIAMANTOVÉ CESTY LINIE KARMA KAGJŮ, 2017. *Buddha a jeho učení* [online]. Praha: Ministerstvo kultury [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://bdc.cz/buddhismus/buddha-a-uceni/>
12. CICHÁ, M., NOVÁKOVÁ, I., 2007. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 17(3), 22-23. ISSN 1210-0404.
13. ČEJKA, R., KOŘAN, R., 2010. *Rabíni naší doby*. Brno: Barrister & Principal, 301 s. ISBN 978-80-87474-00-6.

14. ČESKÁ ROZVOJOVÁ AGENTURA, 2018. *Kde působíme* [online]. Praha: Česká rozvojová agentura [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.czechaid.cz/nase-aktivity/kde-pusobime/>
15. ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2009. Před 90 lety vznikl ČSČK. *Zdravotnické noviny*. 58(6), 3. ISSN 0044-1996.
16. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, 1999-2016. *Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce* [online]. Praha: Český červený kříž [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.cervenyriz.eu/cz/hnuti.aspx>
17. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, 1999-2016. *Poslání Českého červeného kříže* [online]. Praha: Český červený kříž [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.cervenyriz.eu/cz/poslani.aspx>
18. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017. *Cizinci v ČR v letech 2004-2016* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/11292/56594384/c01R01_2016.pdf/bfef211e-ff7f-47e2-934b-21b2bf9125d4?version=1.0
19. ČÍŽKOVÁ, L., SALCBURGEROVÁ, L., 2009. Vliv sestry na kvalitu a úroveň praktické výuky studentů. *Sestra*. 19(7-8), 20-21. ISSN 1210-0404.
20. ČLOVĚK V TÍSNI, 2013. *Historie* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://www.clovekvtsni.cz/cs/historie>
21. ČLOVĚK V TÍSNI, 2013. *Humanitární pomoc a obnova* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://www.clovekvtsni.cz/cs/humanitarni-a-rozvojova-pomoc/humanitarni-pomoc-a-obnova>
22. ČLOVĚK V TÍSNI, 2013. *O nás* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://www.clovekvtsni.cz/cs/o-nas>
23. ČLOVĚK V TÍSNI, 2013. *Vzdělávání* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://www.clovekvtsni.cz/cs/humanitarni-a-rozvojova-pomoc/vzdelavani>
24. DHAMMANANDA, K., 2007. *Jak se věnovat buddhismu*. Pardubice: Občanské sdružení SATI. 48 s. ISBN 978-80-903688-0-4.
25. EUROPA. EU, 2018. *Humanitární pomoc a civilní ochrana* [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: https://europa.eu/european-union/topics/humanitarian-aid-civil-protection_cs
26. EVROPSKÁ UNIE, 2015. *Politiky Evropské unie: Humanitární pomoc a civilní ochrana* [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 2018-02-

- 21]. Dostupné z: <https://publications.europa.eu/cs/publication-detail/-/publication/02e57613-b5d2-11e5-8d3c-01aa75ed71a1>
27. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, s. 15, ISBN 978-80-8063-332-5.
28. FEDERACE ŽIDOVSKÝCH OBCÍ V ČR, 2010. *Historie* [online]. Praha: FZO [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.fzo.cz/judaismus/historie/>
29. HINDUISMUS.CZ, 2006. *O hinduismu* [online]. Střílky: Višva Guru Díp Hindu Mandir – české hinduistické společenství [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://hinduismus.cz/o-hinduismu/>
30. HRONOVÁ, T., 2016. Historii velkého Konga píše války a chudoba [online]. *Dotyk*. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <https://dotyk.denik.cz/publicistika/historii-velkeho-konga-pisi-valky-a-chudoba-20161211.html?tema=treti-svet>
31. HUBOVÁ, V., MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra*. 22(2), 20-22. ISSN 1210-0404.
32. CHINMOY, S., 2015. *Jóga a duchovní život*. 3. vydání. Zlín: Madal Bal, 207 s. ISBN 978-80-86581-67-5.
33. INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2017. *21st Century* [online]. Geneva: IOM [cit. 2016-11-14]. Dostupné z: <https://www.iom.int/21st-century>
34. ISICHEIOVÁ, E., 2006. Nová náboženství, sekty a alternativní spiritualita s kořeny v domorodých a pohanských tradicích. In: Partridge, Ch., *Encyklopedie nových náboženství. Nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spirituality*. Praha: Knižní klub, s. 281-287. ISBN 80-242-1605-1.
35. JANKŮ, K., 2006. *Moderní migrace. Stěhování se zvláštním výrazem* [online]. Brno: Fakulta sociálních studií, Masarykova universita [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080227135405.pdf>
36. JEDEN SVĚT NA ŠKOLÁCH, 2017. *Co je to JSNŠ?* [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <https://www.jsns.cz/o-jsns/o-nas>
37. JELÍNEK, P. et al., 2007. Humanitární pomoc a média. In: Kolektiv autorů. *Novinář, rozvojová spolupráce a humanitární pomoc: Příručka rozvojového vzdělávání pro studenty mediálních oborů*. Praha: Člověk v tísní, společnost při ČT, s. 18-23. ISBN 978-80-86961-31-6.
38. JÍLKOVÁ, J., 2011. Světový den Červeného kříže. *Zdravotnické noviny*. 60(10), 41. ISSN 0044-1996.

39. JÍLKOVÁ, J., 2012. Už pět let nahrazují šamany. *Zdravotnické noviny*. 61 (5), 11. ISSN 1805-2355.
40. JOHNSON, P., 2011. Dějiny židovského národa. 2. vydání. Voznice: Leda, 592 s. ISBN 978-80-7335-229-5.
41. JUKL, M., 2008. Slova úvodem. In: Švejnoha, J., *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Ústav Českého červeného kříže, s. 13, ISBN 978-80-87036-28-0.
42. JUKL, M., 2010. Základní principy Červeného kříže a Červeného půlměsíce – I. Díl. *Noviny Červeného kříže*. 17(3), 1. ISSN 2336-8780.
43. KAPLAN, M. et al., 2007. Základy rozvojové spolupráce a humanitární pomoci. In: Kolektiv autorů. *Novinář, rozvojová spolupráce a humanitární pomoc: Příručka rozvojového vzdělávání pro studenty mediálních oborů*. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, s. 3-8. ISBN 978-80-86961-31-6.
44. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2. díl. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
45. KLICPEROVÁ, L., 2010. Lékařem v rozbořené zemi. *Sestra*. 20(3), 8-10. ISSN 1210-0404.
46. KLUSÁKOVÁ, P., 2015. Afghánci milují poezii, růže a vzájemné zabíjení. *Zdravotnictví a medicína*. 64(7-8), 24-25. ISSN 2336-2987.
47. KLUSÁKOVÁ, P. et al., 2013. 150 let od zrodu Červeného kříže. *Zdravotnické noviny*. 80(4), 36. ISSN 1805-2355.
48. KLVAŇOVÁ, R., 2009. Různé podoby současné mobility. In: Pešáková, K., KRČÁLOVÁ, Z. (eds). *Život v multikulturní společnosti: konfrontace a výzvy*. Brno: Nesehnutí, s. 8-9. ISBN 978-80-87217-04-7.
49. KONEČNÁ, J., PROŠKOVÁ, E., 2015. Vývoj vzdělávání zdravotních sester – 1. díl. *Florence*. 11(6), 42-46. ISSN 1801-464X.
50. KRAUSOVÁ, K., 2010. Historie českého ošetrovatelství do roku 1989. *Florence*. 6(3), 11-13. ISSN 1801-464X.
51. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 206 s., ISBN 978-80-247-3224-4.
52. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s., ISBN 978-80-247-4413-1.
53. LANKAŠOVÁ, R., VEČEŘOVÁ, A., 2011. Florence Nightingale – žena, ošetrovatelka, matematicka. *Kontakt*. 13(1), 7-10. ISSN 1212-4117.

54. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2016. *Výroční zpráva 2016* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.lekari-bez-hranic.cz/sites/master/files/content/vyrocní_zprava_finalni_web_nahled.pdf
55. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Bezpečnost a ochrana* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-06]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/node/44201>
56. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Ebola* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/ebola>
57. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Cholera* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/cholera>
58. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Tuberkulóza* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/tuberkuloza>
59. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Založení Lékařů bez hranic* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/zalozeni-lekaru-bez-hranic>
60. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Základní požadavky* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-06]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/zakladni-pozadavky>
61. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2017. *Zdravotní sestry* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2017-06-06]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz/zdravotni-sestry>
62. LÉKAŘI BEZ HRANIC, 2018. *Jak využíváme vaše dary* [online]. Praha: Médecins Sans Frontières in Czech Republic [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.lekari-bez-hranic.cz/jak-vyuzivame-vase-dary>
63. MACKOVÁ, D., ŠPIRUDOVÁ, L., 2012. Zkušenosti českých sester ze Saúdské Arábie. *Sestra*. 22(1), 22-24. ISSN 1210-0404.
64. MALÝ, L., 2013. Práce všeobecné sestry v rovníkové Africe. *Sestra*. 23(10), 26-27. ISSN 1210-0404.
65. MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Humanitární pomoc ČR v průběhu roku 2017* [online]. Praha: MZV [cit. 2018-02-

- 21]. Dostupné z:
https://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/humanitarni_pomoc/humanitarni_pomoc_cr_v_prubehu_roku_2017.html
66. NĚMCOVÁ, B., LAZÁKOVÁ, P., 2015. ADRA, o.p.s – Výroční zpráva. [online]. Praha: Adra [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.adra.cz/onas/vyrocnizpravy>
67. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Federace židovských obcí. In: Tóthová, V., et al., *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 180-195. ISBN 978-80-7387-645-6.
68. NOVOTNÝ, Z., ŠČEPOŇCOVÁ, S., 2013. Náboženství v kontextu umírání a smrti. *Sestra*. 23(6), 11-13. ISSN 1210-0404.
69. NYDAHL, O., 2006. *Moudrost okamžiku: buddhismus Diamantové cesty v otázkách a odpovědích*. Brno: Bílý deštník. 216 s. ISBN: 80-239-7054-2.
70. NYDAHL, O., 2011. *O smrti a znovuzrození: pohled buddhismu na poslední okamžiky života*. Praha: Bílý deštník. 270 s. ISBN 978-80-903821-8-3.
71. O' CALLAGHAN, S., 2012. *Malé kompendium světových náboženství*. Praha: Knižní klub, 192 s. ISBN 978-80-242-3467-0.
72. OLÍŠAROVÁ, V., 2012. Multikulturalismus, transkulturalismus a jejich odkaz v současné ošetrovatelské péči. In: Tóthová, V., et al., *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 13-16. ISBN 978-80-7387-645-6.
73. PALÁT, M., 2014. Příčiny vzniku migrace a reflexe souvisejících teorií. In: KLÍMOVÁ, V., ŽÍTEK, V. (eds). *Sborník příspěvků k mezinárodnímu kolokviu o regionálních vědách*. Brno: Masarykova universita, s. 710-711. ISBN 978-80-210-6840-7.
74. PARTIDGE, CH., 2006. Nová náboženství, sekty a alternativní spiritualita s kořeny v náboženstvích východní Asie. In: Partridge, Ch., *Encyklopedie nových náboženství. Nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spirituality*. Praha: Knižní klub, s. 212-219. ISBN 80-242-1605-1.
75. PÁNEK, Š., 2015. *Člověk v tísní, o.p.s. - Výroční zpráva*. [online]. Praha: Člověk v tísní [cit. 2017-03-18]. Dostupné z:
<https://www.clovekvtsni.cz/media/publications/757/file/1498836816-cvt-vz2016-navigace-lg-3.pdf>

76. PELIKÁNOVÁ, M., 2013. V Africe nehrozí rutina II. *Sestra*. 23(12), 8-12. ISSN 1210-0404.
77. PETŘÍK, J., 2015. *Válka v Afghánistánu si vybírá krutou daň* [online]. Rozvojovka. [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.rozvojovka.cz/publikace/52-priloha-o-migraci-reporter-srpen-2015.htm>
78. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 285 s., ISBN 978-80-247-3557-3.
79. POHLOVÁ, A., POHLOVÁ, Z., 2010. Sestra má být vzdělaná, tvořivá a inteligentní bytost. *Sestra*. 20(4), 23-25. ISSN 1210-0404.
80. PROCHÁZKOVÁ, P., 2017. *Největší humanitární krize na světě. V Jemenu se cholerou nakazilo už půl milionu lidí* [online]. LIDOVKY.cz. [cit. 2018-02-14]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/nejvetsi-humanitarni-krize-na-svete-v-jemenusecholerounakazilouzpulmilionulidig4v/zpravysvet.aspx?c=A170824_154916_ln_zahranici_ele
81. PUTTICKOVÁ, E., 2006. Šamanismus. In: Partridge, Ch., *Encyklopedie nových náboženství. Nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spirituality*. Praha: Knižní klub, s. 292-293. ISBN 80-242-1605-1.
82. ROLANTOVÁ, L., 2012. Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kagjü. In: Tóthová, V., et al., *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 180-195. ISBN 978-80-7387-645-6.
83. ROLANTOVÁ, L., 2012. Ústředí muslimských obcí. In: Tóthová, V., et al., *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 153-167. ISBN 978-80-7387-645-6.
84. RYŠLINKOVÁ, M., 2009. *Česká sestra v arabském světě. Multikulturní ošetřovatelství v praxi*. Praha: Grada, 123 s. ISBN 978-80-247-2856-8.
85. SPIEGEL, P., 2007. *Kdo jsou Židé?* Brno: Barrister & Principal, 228 s. ISBN 978-80-87029-07-7.
86. SVAČINOVÁ, R., 2009. Gender a abrahámovská náboženství. In: Pešáková, K., KRČÁLOVÁ, Z. (eds). *Život v multikulturní společnosti: konfrontace a výzvy*. Brno: Nesehnutí, s. 26-29. ISBN 978-80-87217-04-7.
87. ŠEBEK, T., 2015. *Mise Afghánistán. Český chirurg v zemi lovců draků*. Praha: Paseka, 312 s., ISBN 978-80-7432-656-1.

88. ŠEBEK, T., 2017. *Africká zima. V Jižním Súdánu s Lékaři bez hranic*. Praha: Paseka, 288 s., ISBN 978-80-7432-863-3.
89. ŠKUBOVÁ, J., 2009. Jaké jsme byly my sestry před sto lety. *Florence*. 5(2), 12-13. ISSN 1801-464X.
90. ŠNAJDROVÁ, L. 2017. *Kredity už nesbírejte!* [online]. Ošetrovatelství.info. [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/kredity-uz-nesbirejte/>
91. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 248 s., ISBN 80-247-1213-X.
92. ŠVEJNOHA, J., 2008. *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Ústav Českého červeného kříže, 151 s., ISBN 978-80-87036-28-0.
93. TOMOVÁ, Š., 2009. Komunikace – dorozumívání, nebo porozumění? *Sestra*. 19(9), 26. ISSN 1210-0404.
94. TÓTHOVÁ, V., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
95. TÓTHOVÁ, V., 2012. Úvod. In: Tóthová, V., et al., *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 11-12. ISBN 978-80-7387-645-6.
96. TRACHTA, J., 2013. *Tichý dech. Zápisky českého lékaře z Afriky a z Haiti*. Praha: Paseka, 216 s., ISBN 978-80-7432-313-3.
97. TRAPLOVÁ, M., 2016. *Podvyživené děti dokážeme vyléčit do tří měsíců* [online]. Rozvojovka. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.rozvojovka.cz/clanky/1808-podvyzivene-deti-dokazeme-vylecit-do-tri-mesicu.htm>
98. TYLOR, E., 2015. Animismus a magie. In: Pals, D. et al., *Osm teorií náboženství*. Praha: ExOrience, s. 36-50 ISBN 978-80-905211-2-4.
99. UNICEF, 2004-2017. *Klíčové programy UNICEF* [online]. Praha: Unicef Česká republika [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/co-delame/nase-projekty>
100. UNICEF, 2004-2017. *Naše poslání* [online]. Praha: Unicef Česká republika [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/co-delame/nase-mise>
101. UNICEF, 2004-2017. *O nás* [online]. Praha: Unicef Česká republika [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/o-nas>
102. UNICEF, 2017. *What we do* [online]. New York: Unicef [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/what-we-do>

103. UNICEF, WORLD BANK GROUP, 2016. *Ending Extreme Poverty: a Focus on Children* [online]. Washington, DC: World Bank [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/overview/child-poverty/#>
104. W4T, 2015. *15 nejchudších zemí světa* [online]. Praha: W4T s.r.o. [cit. 2018-04-18]. Dostupné z: <https://www.w4t.cz/15-nejchudsich-zemi-sveta-36386/>
105. ZOUFALÁ, M., 2012. *Judaismus a ženy v Izraeli*. Praha: Karolinum, 160 s. ISBN 978-80-246-2039-8.

Seznam příloh

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovor s informanty

Příloha 2 CD přepisy rozhovorů

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovor s informanty

1. Co Vás vedlo k tomu, abyste se zúčastnila zahraniční mise?
2. Jaké jste musela splnit podmínky před odletem na zahraniční misi, co požadovala organizace?
3. Co vše jste musela absolvovat před samotným odletem, jaká byla Vaše příprava?
4. Mohla jste si sama vybrat místo, kam chcete odletět pomáhat?
5. Jak byste porovnala práci všeobecných sester na misi a v ČR?
6. Byla jste spokojena s vykonáváním ošetrovatelské péče tamních všeobecných sester?
7. Jaké výkony jste jako všeobecná sestra nejvíce vykonávala?
8. Měla jste dostatek potřebného vybavení/materiálu při ošetřování?
9. Jaká byla spolupráce s pacienty?
10. Měla jste nějaký problém při komunikaci s pacienty?
11. Jak probíhala domluva s místními lékaři?
12. Jak jste byla spokojena s fungováním organizace na misi?
13. Pociťovala jste během vykonávání mise strach?
14. Co přinesla mise Vám, posunula Vás někam?
15. Co si po absolvování zahraniční mise myslíte o českém zdravotnictví?
16. Chystáte se ještě vyjet na další misi?

Seznam použitých zkratk

ADRA	Adventist Development And Relief Agency
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ČČK	Český červený kříž
ČK	Červený kříž
ČR	Česká republika
ČVT	Člověk v tísni
EU	Evropská unie
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MSF	Médecins Sans Frontières
OSN	Organizace spojených národů
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
TBC	Tuberkulóza
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USA	United States of America
VOŠ	Vyšší odborná škola
WHO	World Health Organization