

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Markéta Wright

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské kombinované studium

2008 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Markéta Wright

Vliv hospitalizace na vývoj dítěte, komunikace a přístup v prostředí
multikulturního ošetrovatelství Saúdské Arábie

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Pavel Hradecký, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies

2008 – 2012

BACHELOR THESIS

Markéta Wright

Hospitalization and its effect on child's development,
communication and approach in environment of multicultural
nursing in Saudi Arabia

Prague 2012

The bachelor thesis work supervisor:

Ing. Pavel Hradecký, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracovávání čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 27.10.2011

Markéta Wright

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce, panu Ing. Pavlu Hradeckému, Ph.D., za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracovávání této práce.

Na tomto místě bych také ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zúčastnili mé ankety, naprosto nezištně mi věnovali svůj čas a podělili se o své pocity a názory týkající se ošetřovatelství dětí v Saúdské Arábii.

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky a rozdíly při zdravotnické péči o dětské pacienty rozdílné národnosti a náboženského vyznání – poskytované navíc zdravotníky různé národnosti a opět i různého náboženského vyznání, základů vzdělání a kulturního zázemí. Seznamuje s prostředím multikulturního ošetrovatelství, zkoumá přístup, zákonitosti zpětné reakce, potřebu soukromí, potřebu duchovního naplňování, náboženských ritualů, neakceptovatelné i očekávané chování zdravotnického personálu a vliv jazykové bariéry na potřebnou důvěru ve zdravotníka. Zaměřuje se na vliv faktu, kdy při těžkých chvílích nemoci dítěte se o něj stará zdravotník z jiné země, nemluvící jejich řečí a nevyznávající jejich kulturu a zvyky. Všímá si navíc vlivu hospitalizace v tak nedomácím prostředí na psychiku dítěte. Srovnává také výhody a nevýhody multikulturního týmu, kde je na jedné straně velká možnost učit se jeden od druhého nové poznatky a navzájem se obohacovat rozdílným pohledem na věc daným jiným kulturním zázemím, ze kterého každý z nás pochází, na straně druhé je například obtížné dokonale sjednotit kvalitu vzdělání a tím i celkový přístup k práci závisle na tom, jak vyspělá je země, kde zdravotník studoval.

Klíčové pojmy:

Dětský pacient, hospitalitace, individuální potřeby, jazyková bariéra, komunikace, multikulturní ošetrovatelství, náboženství, národnost, osobní přístup, ošetrovatelské standardy, specifika zdravotnické péče, zdravotnické vzdělání.

Annotation:

This bachelor thesis focuses on specifics in healthcare of pediatric patients belonging to various nationalities and religious background – provided by professionals of different nationalities and religions, with various educational backgrounds and cultural upbringing. The thesis introduces the environment of multicultural nursing, analyses types the approach, feedback, need of privacy, spiritual activities, religious rituals, not acceptable as well as expected behaviour of healthcare professionals and effect of language barrier on gaining much needed trust in healthcare provider. The thesis focuses on difficult times of child's illness and the fact that the child is being nursed by a foreigner who does not speak their language nor demonstrates same cultural habits. There is focus on hospital stay and its effect on child's psychics in such unfamiliar and foreign environment. The thesis also compares advantages and disadvantages of multicultural team as there is a great opportunity to learn one from another and be able to see other person's point of view, structured by the culture the person is coming from, but on the other hand there is a difficulty to unify the quality of education and approach to work as a whole, which comes with it, depending on how developed the country each nurse comes from, is.

Key words:

Approach, communication, healthcare standards, hospital stay, individual needs, language barrier, multicultural nursing, nationality, nursing education, pediatric patient, personal approach, religion, specifics of healthcare.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. KULTURNÍ SPECIFIKA SAÚDSKÉ ARÁBIE.....	14
1.1 Saúdská Arábie ve faktech.....	14
1.2 Život saúdských mužů a žen.....	16
1.3 Oblékání.....	19
1.4 Manželství.....	20
2. MULTIKULTURNÍ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL.....	23
2.1 Důvody pro Saúdskou Arábii.....	23
2.1 Kritéria výběru.....	24
2.2 Adaptace.....	25
2.3 Sjednocování zdravotnického vzdělání.....	27
3. DĚTSKÝ ARABSKÝ PACIENT.....	30
3.1 Komunikace.....	30
3.2 Specifické potřeby pacienta podmíněné kulturou.....	32
4. VLIV HOSPITALIZACE NA CHOVÁNÍ DÍTĚTE.....	36
4.1 Připoutanost k matce.....	36
4.2 Změny chování a vývoje hospitalizovaného dítěte.....	38
5. KAZUISTIKY.....	45
5.1 Hypotézy.....	45
5.2 Kazuistika č.1.....	46
5.3 Kazuistika č.2.....	47

5.4 Kazuistika č.3.....	50
5.5 Kazuistika č.4.....	52
5.6 Kazuistika č.5.....	53
5.7 Kazuistika č.6.....	55
5.8 Kazuistika č.7.....	56
5.9 Kazuistika č.8.....	58
5.10 Závěrem kapitoly.....	59
5.10.1 Hodnocení hypotéz.....	59
5.10.2 Hodnocení kazuistik.....	60
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	69
PŘÍLOHA A: FOTOGRAFIE Z NEMOCNIC V KSA.....	I
PŘÍLOHA B: PŘÍBĚH OSOBNÍ NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI Z HOSPITALIZACE V DĚTSTVÍ A JEJÍ TRVAJÍCÍ VLIVY V DOSPĚLOSTI.....	V
PŘÍLOHA C: DOTAZNÍK.....	VII

ÚVOD

Téma multikulturního ošetrovatelství a jeho vliv na vývoj dítěte při pobytu v nemocnici jsem si vybrala především proto, že pracuji již sedm let jako dětská zdravotní sestra v Saúdské Arábii a s problematikou multikulturního ošetrovatelství s velmi odlišným postupem a standardem péče o pacienta, závisle na jeho, i na zdravotníkově, národnosti a náboženském vyznání, se setkávám v každodenním pracovním životě. Mnohokrát jsem se sama sebe ptala, jak na nás, cizince, asi děti pohlížejí, jak nás vnímají, v tak intenzivně rozdílné zemi, ve které je náš odlišný původ zřejmý již na první pohled. Co si myslí tříleté dítě, které nikdy předtím nevidělo bílého člověka, který najednou bez varování překračuje jeho osobní zónu, dotýká se jich, často působí bolest při nutných, pro dítě stresujících procedurách, a nemluví jejich řečí?? Zanechá tato negativní zkušenost v jejich podvědomí zakódovanou podezřívavost a nedůvěru k lidem jiné národnosti? Nebo naopak, pochopí díky kontaktu s námi, že na světě existují lidé odlišné barvy pleti a kulturních návyků a přesto jsou to lidé jako oni, kteří se také usmívají, umí pohladit a povzbudit? O co víc stresující je pro dítě pobyt v nemocnici, kde se o něj starají POUZE cizinci? Tyto a mnoho dalších nabalujících se otázek si chci na začátku této práce položit a pokusit se je zodpovědět, i když vím předem, že to nebude vůbec jednoduché, a že je toto téma velmi obsáhlé, ba dokonce možná nemá hranic.

Neméně důležitým důvodem, který navíc vnímám jako velmi aktuální, je v dnešní době čím dál více nutné osvojování si znalosti způsobu života lidí žijících dle odlišných náboženských diktátů a rituálů, aby na sebe rozdílné národy dokázaly nahlížet bez podezřívavosti právě proto, že jiný způsob života je pro ně neznámý, tím tedy zákonitě podezřelý a potenciaálně nebezpečný. Navíc v situacích, kdy je člověk nemocen a oslaben, kdy se stává naším pacientem a je odkázán na naši pomoc a péči, stává se nutnost citlivého individuálního přístupu ještě více potřebná pro zachování pacientovy důstojnosti. O to víc, je-li naším pacientem bezbranné dítě. V takové chvíli

by pro nás měly naší vlastní kulturou nastavené zvyky a vzorce chování jít stranou a měli bychom se soustředit přednostně na pacientovy pocity. To ovšem bez znalostí kulturních rozdílností a velké tolerance nelze.

Přeji si, aby tato práce byla jednou z cest poznávání různých kultur a nacházení tolerance k nim. Aby naše rozdíly nebyly chápány jako negativní, ale jako naopak obohacující, což bude přínosem nejen v ošetrovatelské péči, ale pro život v našem barevném světě obecně.

Má práce je rozdělena do pěti hlavních kapitol. Pro pochopení, v jakém prostředí a situaci se dětští pacienti i jejich zdravotníci nacházejí, se práce v první části věnuje obecné i podrobné charakteristice kulturního prostředí Muslimů, způsobu života v Saúdské Arábii i společenské hierarchii, předepsaným pravidlům oblékání, přesně danému a naprosto rozdílnému nahlížení na mužskou a ženskou společenskou roli a zákonitosti komunikace.

Druhá část se zabývá zdravotnictvím v Saúdské Arábii jako takovým, vysvětlením potřebného sjednocování zdravotnického vzdělávání personálu z různých zemí světa a tím zajištění vysokého, a hlavně stejného standardu kvality péče a minimalizaci chyb dané lidským faktorem. Vysvětluje, čím si zdravotníci přijíždějící do Saúdské Arábie procházejí, jak se vyrovnávají s kulturním šokem a jaký to má případně vliv na jimi poskytovanou péči.

Třetí část představuje rozdílnost přístupu k pacientům saúdskoarabské národnosti dle zvyklostí daných kulturou a možné způsoby komunikace.

Následující dvě části popisují vlastní pozorování chování hospitalizovaných dětí a jeho změny, výpovědi zdravotníků v dotazníku, návrhy k řešení problémů, názory na danou situaci a problematiku.

Při zpracovávání dotazníku jsem usilovala o maximální objektivitu informací a jejich interpretace. S ohledem na to, že mnohé výpovědi jsou

emotivní, bylo ovšem někdy nutné přistoupit k jejich upřesnění, zkrácení a vyjasnění.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat situaci dětí hospitalizovaných ve své vlastní zemi a přesto v rukách zdravotnického personálu, pocházejícího z naprosto rozdílného způsobu života a náboženských zásad než jsou jejich vlastní, a možné přiblížení odpovědí na otázky, jak se v takových situacích zachovat a neztratit přitom zase ty své hodnoty a zásady. Zabývá se také pracovním kolektivem, složeným ze zdravotníků z různých zemí, kultur a opět různých náboženských vyznání, kteří musí být schopni profesionálního přístupu nejen k pacientům, ale také mezi sebou.

K tématu práce jsem přistupovala interdisciplinárně (nejen tedy z pohledu speciální pedagogiky, ale také z pohledu psychologického, sociologického, antropologického a politologického). Vzhledem ke vztahu speciální pedagogiky a tématu této práce se domnívám, že jakákoli zkušenost, která ovlivňuje vývoj člověka v dětském věku a tím tedy i tvarování osobnosti jako takové, nemluvě navíc o možném vzniku psychických změn, si zaslouží naší bližší pozornost. Pobyt v nemocnici sám o sobě, navíc za takto mimořádných podmínek, takovou zkušeností jistě je a měl by být zařazen do osobní anamnézy dítěte jako jeden z možných nepřehlédnutelných činitelů při sestavování speciálně pedagogické diagnózy.

Většinu zdrojů pro zmiňovaný dotazník jsem si vytvořila na základě setkání, osobních rozhovorů a elektronické komunikace. S převážnou většinou se setkávám, nebo jsem se v minulosti setkávala, v pracovním procesu.

V praktické části práce pak představuji kazuistiky výpovědí osmi zahraničních i českých zdravotníků pracujících na dětských odděleních v Saúdské Arábii o jejich pracovním životě, zkušenostech a názorech na saúdské dětské pacienty, které předkládám v mnou standardizované podobě. Výpovědi předcházejí mé hypotézy vycházející ze znalosti místního prostředí a práce dětské sestry. Čtenář může srovnávat jednotlivé výpovědi, individualitu

různých zdravotníků, různou citlivost jejich vnímání a podobnost v určitých názorech a povšimnutích.

V závěru se pak snažím shrnout svou práci a zdůraznit, nakolik se podařilo zachytit a zodpovědět danou problematiku a nakolik se podařilo dospět k popisovaným cílům.

1. Kulturní specifika Saúdské Arábie

1.1 Saúdská Arábie ve faktech

Saúdská Arábie, oficiálně Saúdskoarabské království, arabsky „Al Mamlaka Al Arabíja As Saúdía“, anglicky Kingdom of Saudi Arabia, neboli ve zkratce KSA, se rozkládá na většině arabského poloostrova v rozloze 2 240 350 km² a převážnou většinu území představuje poušť.

Mezi nejvýznamnější města patří Rijád, přímořská Džidda, dále pak Dammám, Mekka a Medina. Mekka je pak přístupná přísně pouze pro Muslimy a na tutu skutečnost upozorňuje nápis již několik kilometrů před hranicí města, odkud se pak silnice dělí na „tu pro Muslimy“ a tu druhou, pro ostatní, která vede oklikou v dostatečné vzdálenosti kolem města.

Počet obyvatel je 26 milionů, z čehož je 78% saúdských Arabů a 22% cizinců, kteří zde mají stálý pobyt, ale nejsou občany KSA (Riyadh Today Guidebook, 2010).

Demografická skladba je velmi odlišná od Evropy. Populace saúdských Arabů je velmi mladá, 60% obyvatel je ve věku od 15 do 64 let a 38% obyvatel je mladších 14 let. Tento trend vysokého přírůstku obyvatelstva vznikl převážně díky prudkému nárůstu životní úrovně po objevení ropy.

Úředním jazykem je arabština, při obchodním styku, ve velkých firmách a nemocnicích převládá angličtina.

Podnebí je v Saúdské Arábii od podzimu do jara mírné s ojedinělými přeháňkami. V létě pak panují horké teploty bez srážek, v přímořských oblastech je vysoká vlhkost vzduchu.

Základem politického systému je tradice respektu ke kumulované moci hlavy státu, ke králi. Král je současně jediným zákonodárcem, nejvyšším soudcem, vrchním velitelem, předsedou vlády a hlavně správcem dvou svatých mešit v Mekce a Medině. Teprve v roce 2004 byly povoleny první volby do části komunálních zastupitelstev, jejichž členové přesto patří z velké většiny do královské rodiny. Volební právo patří pouze mužům starším 21 let. Politické strany jako takové neexistují.

Saúdská Arábie je členem mnoha mezinárodních organizací, mezi něž patří OSN, UNESCO, UNIDO, MMF, WHO, dále pak Liga arabských států, Společnost pro investice v Perském zálivu, Světová muslimská liga aj. Saúdská Arábie není příjemcem rozvojové pomoci, ale naopak je po USA jejím druhým největším poskytovatelem.

Hlavním průmyslovým odvětvím (80%) je těžba ropy a na ní navazující petrochemický průmysl. Stavebnictví taktéž sehrává důležitou roli. Obděláváno je zde pouze 0,5% půdy vzhledem k nákladnosti a náročnosti zavlažování půdy. Sektor služeb není plně rozvinut, např. hromadná doprava je téměř neexistující.

Z obvyklých daní nejsou třeba zavedeny daň ze mzdy nebo z platu, spotřební daně, daň z přidané hodnoty či obratu nebo daň darovací. Tím se Saúdská Arábie vymyká běžnému systému řady světových zemí a je to jedna ze skutečností, která do země láká mnoho investorů a zahraničních pracovníků z celého světa a různých profesí, a kterých zde působí miliony.

Vstup do země je pro jednotlivé osoby ale velmi přísný, za všech okolností existuje vízová povinnost a dosud nebylo zavedeno obyčejné turistické vízum. Možnosti vstupu do země se tak zužují na:

- 1) Pracovní vízum
- 2) Pobytové vízum, pro rodinné příslušníky
- 3) Obchodní vízum pro podnikatele na služební cestu, na základě pozvání obchodního partnera v KSA sídlícího

- 4) Tranzitní vízum pro přestup v prostorech letiště
- 5) Diplomatické a zvláštní vízum
- 6) Vízum za účelem svaté poutě Hadž a Umrah

Do země je zakázáno dovážet jakékoli předměty, uctívající jinou než islámskou kulturu (Bible, kříž, obrázky Krista atd.), pak drogy, alkohol, vepřové maso, pornografický materiál (za něj se často považuje i reklama na tělový krém v časopise pro ženy) a zboží izraelského původu.

1.2 Život saúdských mužů a žen

Saúdská Arábie je ve srovnání s Evropou naprosto rozdílný svět s vlastní vnitřní hierarchií danou historií, náboženstvím, kulturou i zákonem. Mnoho pravidel se zdá téměř neslučitelných s normálním (z evropského pohledu) způsobem života, mnoho zemí se s podobnými pravidly s úlevou rozloučily už někdy ve středověku, v Saúdské Arábii však tvrdošíjně fungují již stovky let a to jen s pramalými změnami napříč časem. Pro většinu z nás je arabský svět spojován se zaslepeným náboženským fanatismem, podřadným statutem žen, vraždami pro rodinou čest, sekání rukou za krádeže, veřejné popravy a terorismus. Samozřejmě toto pojetí je velmi zkreslené, nespravedlivé, sugerující dogmata a předsudky. Přesto je mnoho z těchto strašidelných příběhů založených částečně na pravdivých faktech, ale je to pouze pohled zvenčí, bez porozumnění myšlení místních lidí. Zmapování situace a pochopení kultury této země je mnohem komplikovanější.

Veškeré dění této země je dáno náboženstvím a to se nedá obejít ani znectít. Lidé žijí jakoby dle manuálu popsáném v Koránu. Modlení probíhá pětkrát denně a každý Muslim by měl dodržovat pět pilířů Islámu, tedy uznávat Aláha jako jediného Boha, modlit se pětkrát denně, podstoupit cestu do Mekky alespoň jednou za život, dodržovat každoročně postní měsíc Ramadán

a dávat milodary potřebným. K tomu se samozřejmě ještě pojí další pravidla jako naprosté vyhýbání se alkoholu, drogám, vepřovému masu, promiskuitě, pravidla oblékání, společenského chování a norem apod.

Nejvýraznější rozdíl celého muslimského světa je rozhodně daný pravidly soužití mužů a žen, ale v Saúdské Arábii je toto naprosto extrémní a nevídané v jakékoli jiné zemi světa. Není dovolen prakticky žádný kontakt muže a ženy, kteří nejsou příbuzní. Mezi takové příbuzné se počítá pouze manžel, otec, bratr a syn. To znamená, že přátelství mezi mužem a ženou je zde nejen neslýchaný, ale navíc i nezákonný jev a jakýkoli takový nedovolený kontakt je automaticky považován za cizoložství nebo pokus o prostituci, které je zde obojí trestáno smrtí, pro ženy smrtí ukamenováním. Navíc taková skutečnost poznamenává celou rozsáhlou rodinu a sestry provinilé dívky se pravděpodobně nikdy nevdají, i když samy se nikdy ničím neproviní.

Na tu věčnou separaci mužů a žen se velmi těžko zvyká a často přijde Evropanovi přátelský kontakt mezi mužskými a ženskými kolegy naprosto přirozený, jaksi automatický. Já sama jsem se například dostala do nepříjemností, když jsem poprosila kamaráda, který byl jedním z trojčlenné skupiny, ve které jsme do Saúdské Arábie z ČR za prací přicestovali, a kterého jsem poprosila, aby mi pomohl s výběrem počítače. Až později nám bylo saúdskými kolegy v práci naznačeno, že je nevhodné, ba dokonce zakázané, abychom šli spolu sami dva nakupovat a nic na tom neměnil fakt, že jsme se celou dobu pohybovali na veřejnosti. Mnoho věcí člověku z počátku nedojde, později pak zase naopak začne být paranoidní, ze strachu, jestli to či ono konání opět není zakázané. I to je jedna z věcí, se kterou se všichni, kdo do země za prací přijíždějí z nemuslimských zemí, musejí vyrovnat. Každý se s kulturním šokem vyrovnává jinak a různě dlouhou dobu. Jak taková skutečnost ovlivňuje ošetrovatelskou péči, poskytovanou jedincem ve stresu kulturního šoku, se budu ještě věnovat později.

Ženy mají oproti mužům výrazně omezené pravomoce sahající na hranici

porušování základních lidských práv. Nesmějí řídit auto. Nemají právo volit. Nevlastní vlastní bankovní účty, nemovitosti ani podnikání. Bez svolení manžela nebo jiného muže v rodině nesmějí samy cestovat po vlastní zemi, a už vůbec ne mimo ni, ba dokonce ani vlastnit cestovní pas. Bez svolení mužského člena rodiny nemohou studovat, pracovat, rozhodnout se kolik chtějí dětí, ani podstoupit operaci a to dokonce ani v akutním případě jako je třeba porod císařským řezem.

Jak již bylo zmíněno, ženy a muži, kteří nejsou příbuzní, jsou neustále separováni. V restauracích jsou oddělené sekce pro svobodné muže, ženy a rodiny, které mají svůj vlastní vchod, aby se muži a ženy opravdu nemohli náhodně potkat a být vystaveni případnému pokušení. Ze stejného důvodu nejsou v obchodech s oblečením zkušební kabiny, aby nedošlo k jakémukoli nebezpečí, že někdo čirou náhodou zahlédne ženu bez abáji. Dokonce i v rodinných domech jsou sekce určené zvláště mužům a ženám a odděleně se slaví třeba i svatby.

Na druhou stranu vše co se týče výchovy dětí a organizace domácnosti je ponecháno výhradně rozhodnutí ženě. Matka je naždy všemi dětmi velice respektována a považována a dá se říci, že žádné z potomků nikdy neučiní nic proti její vůli. Ovšem nutno připomenout, že movitější rodiny mají velmi často kolem sebe armádu sluhů a k dětem chůvy. Děti tak často reagují lépe na chůvu, která tráví s dětmi mnohem více času, než na matku. Často je ve velkých obchodních domech viděn úkaz skupinky saúdských žen, které pochodují z jednoho značkového butiku do druhého a za nimi sotva jde chůva, obtěžkaná nejen jejich nákupními taškami, ale i jejich dětmi. Co se výchovy dětí týče, v lepším případě si chůva vytvoří k dětem vztah a ty pak na ní dobře reagují, mají k ní citovou vazbu a často je při pobytu dítěte v nemocnici tento fakt viditelný, kdy dítě na chůvu reaguje lépe a i chůva sama často zdá se má o dítě velkou starost a tráví u postýlky veškerý čas. Stává se ale, že chůvy, které jsou převážně z Filipín, Srí Lanky nebo Bangladéše, jsou v rodině nešťastné, přetěžované a práce je tím pádem pochopitelně netěší. V takovém případě

neprokazují vůči dětem žádný citový projev ani vztah a reagují na ně velmi hostilně, což se děti samotné naučí vnímat jako normální a v takovémto nebezpečně citově prázdném prostředí vyrůstají.

1.2 Oblékání

Ženy jsou na veřejnosti kompletně zahalené do černé abáji, což je dlouhý všezakrývající plášť, černého šátku a burky, halící tvář, ze které jsou vidět pouze oči, u těch ortodoxnějších dokonce ani ty ne. Některé dokonce nosí černé rukavice a neprůhledné černé ponožky. Muži nosí většinou také kulturně daný stejnokroj, skládající se z dlouhého bílého obleku, podobný typické kancelářské košili, jen s tím rozdílem, že sahá až ke kotníkům, a na hlavě nosí červenobílý šátek a na něm ještě pevný černý kroužek, který drží šátek na místě. Na nohou nosí muži i ženy většinou otevřené boty. Ženy svou individualitu a smysl pro módu uplatňují alespoň značkovými střevíčky a kabelkami. Příslušníci jiných národů, pokud jsou muži, mohou nosit jakýkoli volný oděv, který zakrývá ramena a kolena. Pro ženy všech národností je abája povinná zákonem, měly by mít i zakryté vlasy, jen zakrývání obličeje je nepovinné.

Na správné dodržování předepsaného oblečení dohlíží mimo jiné také tzv. Mutawa, tedy náboženská policie, která obecně dbá na morálku a dodržování odstupů mužů a žen na veřejnosti. Tito muži, kteří jsou dosti obávaní, protože mají celkem rozsáhlé pravomoce a když se jim zachce, odvedou provinilce třeba za malé přestupky rovnou do vězení, se procházejí po ulicích, nákupních centrech, chodí kontrolovat i restaurace a někdy dokonce i ubytování svobodných.

Musím zde poznamenat, že jsem se mnohokrát ptala samotných saúdských žen, jak se na povinnost zahalování dívají, jak to cítí. Bylo mi řečeno, že je to

pro ně prostě již tak přirozené, že nad tím ani nepřemýšlejí a většina z nich si neumí představit, že by se na veřejnosti ocitly třeba i jen bez šátku na hlavě. Mnohé z nich také podotýkají, že i když by se jim možná líbilo, aby povinnost zahalování v jejich zemi byla zrušena, přesto by se necítily dobře z důvodu pohrdavých pohledů společnosti a vyzývavých pohledů mužů. Názor, že dívka, která je počestná a dobrá, se musí zahalovat a svou krásu před muži skrývat, je tak zakořeněná do podvědomí místních žen (a v neposlední řadě i mužů), že je nemyslitelné, a ještě dlouhé generace bude, aby dívka, která se odhalí, nebyla posuzována za tu oplývající lehkými mravy. Holčičkám se to opakuje znovu a znovu už od malička a chlapečkům stejně tak. Nicméně na tento fakt poukazuje opět i moje vlastní zkušenost, kdy jsem přinesla své asi desítileté pacientce na hraní panenku a ona jí ihned přelepila obličej lepenkou a naznačovala, že to se nesmí, aby jí byl vidět obličej. Později mi bylo vysvětleno, že povinné zahalování je jen jedním důvodem. Dalším je nedovolené vyobrazování nebo ztvárňování člověka nikým jiným, než Alláhem. Tedy ani výrobcem panenek ne. Tyto a jiné extrémy jsou v Saúdské Arábii pro zahraničního pracovníka denním chlebem a není divu, že adaptace na nejen pracovní, ale i životní prostředí, je náročná.

1.4 Manželství

Manželství jsou předem dohodnuta rodiči snoubenců, matka většinou najde vhodnou nevěstu pro svého syna, otec zas ženicha pro dceru. Je samozřejmostí, aby dívka vstupovala do manželství jako panna. Někdy může sestra doporučit nevěstu pro svého bratra z řad svých kamarádek, jelikož ženy jsou vlastně jediné, které mohou spatřit tvář druhých žen. Snoubenci se velice často potkají poprvé až ve svatební den, v dnešních rodinách si před tím mohou alespoň telefonovat, což bylo ještě před pár lety docela neslýchané. Pokrokovější rodiny dovolí snoubencům, aby se před svatbou osobně potkali a dívka si

dokonce odkryla tvář, ovšem to vše pouze za přítomnosti ostatních členů rodiny. Spontánní zamilování se je za daných okolností, dá se říci, dosti nemožné.

Muž smí pojmout až čtyři manželky. O všechny z nich by se měl dobře postarat a věnovat jim svůj čas, peníze i prostor stejně a spravedlivě. Přitom se může s kteroukoli kdykoli rozvést pokud pouze před třemi svědky prohlásí třikrát po sobě: „Rozvádím se s tebou.“ Žena má taktéž právo na rozvod, který jde řádně před soud, ale po rozvodu automaticky náleží jak všeskeré jmění, tak především děti, otci (ty nejmenší mohou zůstat nadále v péči matky, ale pouze do věku čtyř let), takže mnoho žen by se nikdy nerozvedlo právě z důvodu ztráty dětí a tak je jejich právo na rozvod spíše pouze teoretické.

Osobně jsem mnohokrát přemýšlela nad těmito smluvenými manželstvími a jejich možným vlivem na vývoj dětí. Děti přeci v takovém případě zákonitě vyrůstají v prostředí, kde se tatínek s maminkou nemilují, jen spolu žijí za účelem splnění společenské povinnosti vychovat vlastní rodinu. Jak vnímají takové děti do budoucna vztah mezi mužem a ženou, pouze jako cosi podobného obchodnímu svazku? Jsou pak sami neschopni lásky ke druhému pohlaví, protože vlastně s ním ani nemají žádný kontakt, nerozumí mu a ani porozumění neočekávají, jelikož v domluvených manželstvích nakonec není třeba? Je toto důvodem faktu velkého množství homosexuálních jedinců v zemi, kteří jsou ovšem také společností naprosto odsuzováni?

Pozorováním a povídáním si se saúdskými muži i ženami jsem dospěla k názoru, že schopnost emotivity a zamilování se člověk neztrácí ani v takto upnuté a striktní společnosti. Mnoho mladých lidí si dnes i v této zemi začalo prosazovat manželství s těmi, do kterých se zamilují, a které si sami vyberou. Mnoho z nich ovšem stále podléhá tlaku rodiny, která jim představí budoucí/ho nastávající/ho. Tito jedinci pak žijí ve více či méně šťastném manželství, ale lásku ke svým dětem to za žádných okolností neovlivňuje. Pokud nemá daná rodina jiné problémy, vyrůstají děti obklopené láskou a náklonností jak ze

strany matky, otce, tak i celé rozšířené rodiny a to se týká stejně chlapců i dívek.

Studie na důvod výskytu většího procenta homosexuální komunity (u mužské části populace) nikdy nebyly uskutečněny, už jen proto, že něco takového je v Islámské společnosti nejvyšším hříchem a zvláště saúdská komunita stále předstírá, že tento problém u ní neexistuje. Podle mého názoru je to dáno právě nepřírozenou separací mužů a žen. To způsobuje ještě větší nejistotu a neznámou v otázkách opačného pohlaví a mladí muži, kteří nikdy nespátřili tvář žádné dívky, která pro ně tak představuje téměř bytost z jiné planety, zatímco mají vřelý vztah s kamarádem již od útlého dětství, a přidá-li se nutková sexuální potřeba (sebeuspokojování je opět Islámem zakázáno), pak se zdá snad i přirozené navázat intimní vztah s osobou stejného pohlaví, která je prostě jedinci lidsky blízká.

Podle studií Světové zdravotnické organizace je prokazatelně větší výskyt sexuálního zneužívání v zemích s puritánskými zásadami nebo přísnými restrikcemi, mezi něž Saúdská Arábie nepochybně patří, a troufám si tvrdit, že homosexualita má zde stejný původ, a že není homosexualitou přirozenou v pravém slova smyslu.

2. Multikulturní zdravotnický personál

2.1 Důvody pro Saúdskou Arábii

Každý, kdo se rozhodne vycestovat za prací do zahraničí k tomu má své vlastní jedinečné důvody. Vzhledem k tomu, že Saúdská Arábie je země přeci jenom dosti specifická, opředená spíše negativními předsudky a pocity či zprávami o omezování základních lidských práv, pak se automaticky nabízí otázka, proč tedy vlastně tato destinace láká zdravotníky z celého světa.

Nejčastější důvody bych shrnula do těchto čtyř bodů:

1. Rychlost vyřízení kontraktu – Saúdská Arábie se potýká až z 95% nedostatkem zdravotních sester z vlastních řad a je tedy i v jejím zájmu uspíšit co nejvíce proces vyřizování vstupních formalit, sestry si například vyřizují srovnávací zkoušky vedoucí k místní registraci až po příjezdu do země, což je v jiných vyspělých a pracovně atraktivních zemích záležitostí několika měsíců, někdy i let.
2. Lukrativnost pracovní nabídky – právě pro svou nelichotivou pověst a zvykání si na výrazně rozdílný styl života pro zahraniční zdravotníky pracující v KSA, musí pracovní nabídka dostatečně kompenzovat zmiňované nedostatky a finanční odměna (která navíc není zdaněna) tak často několikanásobně přesahuje průměrný plat zdravotníků například v Evropě a je navíc vždy doplněna ubytováním zdarma, transportem mezi ubytováním a prací zdarma, letenkou domů zdarma jednou či dvakrát ročně a až dvěma měsíci placené dovolené.
3. Dobrodružství, chuť cestovat – do KSA neexistují turistická víza a dostat se do země je tedy bez pracovního povolení téměř nemožné a právě to dává zdravotníkům jakýsi pocit výjimečnosti, že jsou právě těmi, kdo mají možnost do této země nahlédnout – navíc místní

zkušenost opravdu nemá obdoby v žádné jiné zemi světa, možnosti cestování jsou tu navíc velmi otevřené díky finanční svobodě i časové dostupnosti.

4. Pracovní zkušenosti – mezinárodní standardy zdravotnické péče, mezinárodní tým, pracovní prostředí v angličtině, vzdělávání v angličtině, velké možnosti pracovního postupu, navíc tento důvod je úzce spojen s prvně zmiňovaným, protože mnoho zdravotníků netrpělivých čekat na vyřízení formalit do jiné země světa jede do KSA jako do první zahraniční destinace, takového odrazového můstku, kde se zdokonalí v angličtině, finančně se zabezpečí a mezitím si vyřizují nezbytnosti pro práci například v USA.

2.2 Kritéria výběru

Jak již bylo zmíněno výše, důvody zahraničních pracovníků pro přijetí nabídky odjet pracovat do Saúdské Arábie jsou různé, přes potřebu dobrodružství, chuť cestovat, sbírat zajímavé pracovní zkušenosti, finanční tíseň nebo jednoduše zlepšení životní úrovně, až po velmi specifické osobní důvody, má výběr pracovníků saúdským zaměstnavatelem docela přesná pravidla.

Požadavky zaměstnavatele na kandidáta pozice zdravotní sestry jsou tato:

1. Věk do 55 let
2. Ukončené středoškolské nebo vyšší vzdělání, některé nemocnice nyní požadují minimálně bakalářské vzdělání zdravotnického směru
3. Doložená praxe minimálně 2-3 roky
4. Znalost anglického jazyka slovem i písmem na pokročilé úrovni
5. Vhodná osobnost – odolnost stresu, flexibilita, sociální dovednosti, přizpůsobivost atd.

Drtivá většina zdravotníků přichází do Saúdské Arábie prostřednictvím zprostředkovatelské agentury, v České republice jsou takové pouze dvě, Eurostaff a G5. Agentury posílají nemocnicím životopisy kandidátů a pokud si nemocnice dle dokumentů vybere potencionálního zaměstnance, uskuteční se telefonický, někdy dokonce i osobní pohovor (saúdští zaměstnavatelé osobně pravidelně podnikají cesty za účelem vyhledávání nových zdravotníků). Proběhne-li pohovor ke spokojenosti obou stran, nebrání již nic k zahájení procesu žádosti o pracovní víza a kandidát může během měsíce či dvou nasednout do letadla. Takto krátká doba vyřízení je velmi vyjímečná ve srovnání s dalšími pracovně atraktivními zeměmi, kdy např. v USA nebo Velké Británii trvá vyřízení pouhé sesterské registrace i rok a déle, toto vše se v případě KSA vyřizuje až po příjezdu do země, a vedle celkově lukrativní pracovní nabídky je jedním z hlavních důvodů, proč si zdravotníci vybírají právě tuto destinaci.

2.2 Adaptace

Naprosto každý zahraniční pracovník, přijíždějící do nové a neznámé země, prožívá období adaptace, které je různě dlouhé a různě náročné, závisle na osobnosti jedince, náročnosti očekávané práce, míry jeho zkušeností, lidí, se kterými přichází do styku a v neposlední řadě míry rozdílnosti kulturního zázemí jeho vlastní země a té, do které pracovně přichází. V případě Saúdské Arábie je tento kulturní rozdíl pro každého velmi značný a to dokonce i pro pracovníky z ostatních arabských zemí. Saúdská Arábie je nejpřísnější a nejuzavřenější islámskou zemí a její životní a kulturní pravidla nenajdete v žádné jiné zemi světa.

Díky takové specifičnosti je třeba vzít v potaz, že ne každý si na toto prostředí zvyká jednoduše a bez problémů. Pravidla této muslimské země jsou

platná pro všechny a netýkají se jen pracovního života, pracovních zvyklostí, návyků, organizace práce, pracovních jednání a kontaktů, ale i společenského a soukromého života.

Není divu, že je mezi zahraničními pracovníky velmi rozšířený pojem „Kulturní šok“. Každý z nich ví, o čem je řeč. Tito jedinci jsou nejen vytrženi ze svého známého prostředí, ale hlavně od své rodiny a přátel. Přijíždějí do země, kde v převážné většině vůbec nikoho neznají, kde se nemluví jejich jazykem, často musí s někým dalším (neznámým) sdílet ubytování, zapojit se do zbrusu nového pracovního kolektivu v práci, která oplývá jiným rytmem, pravidly, požadavky, administrativou a náročností, než na jakou jsou zvyklí z domova. Kombinace tohoto všeho je obrovskou zkouškou houževnávosti a přizpůsobivosti a není divu, že období prvních tří měsíců je obdobím neskutečného stresu a nemálo jedinců trpí různými stupni úzkosti nebo deprese a mnoho z nich se v té době rozhodne kontrakt ukončit a vrátí se domů.

Automaticky se nabízí otázka, zda je člověk pod takovým tlakem vůbec schopný vykonávat tak zodpovědnou práci, jakou zaměstnání zdravotníka jistě je, a hlavně, jak je schopen vnímat potřeby nemocného dítěte, je-li jeho vlastní mysl tolik zaneprázdněná vlastním přežitím v neznámém světě.

Odpověď jsem poskládala z mnoha rozhovorů se svými kolegy a během sedmi let pozorování nově příchozích zdravotních sester a bratrů. Pravda je taková, že výkonnost jde rozhodně a očividně stranou, tím více schopnost empatie a vlastní možnosti udělat někdy pro pacienta něco navíc, třeba jen pro jeho pohodlí a spokojenost. Toto „navíc“ už je často pro nováčka nezvladatelné. Tito nově začínající jedinci, (a je jedno kolik let praxe mají za sebou ve své domovině, zde jakoby začínali opravdu opět úplně od začátku), přepnou své pracovní fungování na jakousi automatiku a pracují dle toho, co ze své praxe znají a mají zažité, což jim zatím na poskytnutí pacientovy péče stačí a pomalu pomáhá učit se nový druh a pravidla práce.

Tři měsíce je opravdu přiměřená doba, na konci níž je jedinec počátečně

adaptován, zná okruh svých povinností a kompetencí, zná své místo v nové společnosti, seznámil se s lidmi ve svém pracovním i soukromém okolí a ví již, jestli chce a dokáže v této zkušenosti pokračovat či nikoli.

Bylo by téměř jisté, že péče o dětské pacienty by v rukách nového vystresovaného zdravotníka trpěla a vznikl by velký prostor pro chyby nebo zanedbání. Tomuto je zabráněno přidělením tzv. školící sestry (*preceptor*) ke každé nové sestře na období jednoho měsíce (v případě potřeby i déle), po který nemá sestra školitelka žádnou jinou povinnost než být naprosto k dispozici nováčkovi. To znamená, že ze začátku provádí veškerou péči a výkony ona sama, nováček pouze přihlíží a učí se, znovu nabírá pracovní sebevědomí a postupně je do pracovního procesu zapojován, jak současně probíhá i jeho teoretický školící program a skládání tzv. kompetencí, čemuž se budu více věnovat v následující kapitole.

Nutno říci, že období adaptace by probíhalo mnohem obtížněji, nebýt opravdu vypracovaného adaptačního programu většinou saúdskoarabských zaměstnavatelů, kteří poskytují celý první týden svým novým zaměstnancům na vzpomínání se, vozí je na prohlídky městem, do muzeí, poskytují jim přednáškovou sezení ve třídě, kde je seznamují s místní kulturou a zvyklostmi, pomáhají se vstupními dokumenty a formuláři a nenásilně, pozvolna jim představují prostředí nemocnice.

2.3 Sjednování zdravotnického vzdělání

Zdravotnictví v Saúdské Arábii bylo vybudováno na klíč dle vzoru nemocnic ve Velké Británii a USA. To znamená, že naprosto stejně fungující britská či americká nemocnice, s veškerým jejím systémem a standardy, byla zrcadlově vybudována na území Saúdské Arábie a poté v ní byli zaměstnání odborníci

taktéž z těchto zemí, kteří pak vybrali další personál pro jednotlivá oddělení a pozice z různých zemí světa. Právě tak se vytvořil velmi multikulturní personál, což samozřejmě přináší své výhody i nevýhody.

Vzhledem k tomu, že členové zdravotnickému týmu pocházejí z různých koutů světa (nejčastěji Velká Británie, USA, Austrálie, Irsko, Jižní Afrika, Finsko, Francie, Itálie, Česká Republika, Slovensko, Indie, Filipíny, Malajsie, Maroko, Súdán, Pákistán, Egypt, Libanon, Sýrie, Palestina a samozřejmě Saúdská Arábie), z rozdílných kultur a vyznávají různá náboženství, zákonitě také projdou různě kvalitním nebo obsáhlým vzděláním při přípravě na povolání zdravotníka a požadavky na registraci zdravotních sester se taktéž v odlišných zemích liší. Samotná zdravotnická péče se také rapidně mění dle země původu, záleží velmi nejen na ekonomické vyspělosti daného národa, možnosti zdravotnického vybavení, dokonce i hygienických návycích, ale i pojetí zdravotnického povolání jako takového. Je jasné, že kvalita zdravotnické péče bude markantně rozdílná v Austrálii ve srovnání např. se Súdánem. Přesto dva zdravotníci, každý z jedné z těchto zemí, se sejdou nad stejným pacientem v Saúdské Arábii a očekává se od nich stejná kvalita péče, stejné znalosti, přístup a snadnost v používání technického vybavení. Bez sjednocení vzdělání by to nebylo možné. Z toho důvodu procházejí během prvních tří měsíců všichni zdravotníci bez rozdílu národnosti a pozice sjednocenými vzdělávacími kurzy a skládají mnoho srovnávacích zkoušek a testů, aby mohli na jejich konci samostatně pečovat o pacienta.

Obecně má sestra v Saúdské Arábii mnohonásobně větší pravomoce v rozhodování o péči o pacienta, než například v České republice, a tím zákonitě musí prokázat své znalosti a schopnosti. Musí skládat tzv. kompetence, což je vlastně dokázání schopnosti provádět daný výkon nebo obsluhovat daný přístroj. Sestra musí názorně předvést manipulaci s každým přístrojem, se kterým v práci přichází do styku a prokázat o něm taktéž teoretické znalosti (monitor, injekční a infúzní pumpy, ventilátor, defibrilátor, odsávačka, inkubátor atd.). Stejný proces se týká i veškerých sesterských výkonů

(zavádění kanyly, asistence při zavádění centrálního katetru, vytahování hrudních drénů, zavádění žaludeční sondy a močového katétru, převazování operační rány, chystání sterilního stolku a mnoho dalších). V neposlední řadě musí prokázat své teoretické odborné znalosti (čtení rentgenového snímku a EKG křivky, hodnoty laboratorních vyšetření, účinky, příprava a podávání jednotlivých léků, řešení akutních situací, ventilace, schopnost fyzikálního vyšetření atd.), což probíhá jak názorně na oddělení, tak i v podobě psaného testu během zkušebního období prvních tří měsíců a pak znovu každoročně při obnově pracovního kontraktu. Navíc jsou i zkušené sestry každoročně znovu podrobovány mezinárodně uznávaným zkouškám ze základní i rozšířené resuscitace.

Povinnost skládání těchto kompetencí a certifikací zajišťuje, že žádná ze sester se nemůže vyhnout kontinuálnímu studiu a osvojování si znalostí a dovedností. Nestane se tak ani, aby sestra s mnohaletou zkušeností na stejném oddělení jaksi zastavila svou snahu neustále si znalosti obnovovat a doplňovat. Díky tomuto programu mají všechny sestry skutečně vysokou kvalitu aktivních teoretických znalostí, které jsou navíc realizovány do jednotlivých schopností a sestry jsou tedy *skutečně kompetentní* dané činnosti provádět.

Kromě vysokých požadavků na znalosti sester a jejich pravidelné prověřování přispívá ke kvalitě péče o pacienta také podrobně vypracované standardy péče, které sjednocují postupy a pravidla všech prováděných úkonů na jednotlivých odděleních a neustále se dle potřeby doplňují. Každé oddělení má tedy své specifické standardy, týkající se dané specializace a prováděných výkonů. Tyto standardy pomáhají nejen předejít chybám daným lidským faktorem, ale především sjednocují postupy péče sester z tolika různých zemí světa, které jsou pochopitelně zvyklé na často velmi rozdílný ošetrovatelský přístup a praxi.

3. Dětský arabský pacient

3.1 Komunikace

Dostávám se nyní k jedné z hlavních částí tématu této práce a to je specifika péče o dětského arabského pacienta, která výrazně podléhá výše popisovaným kulturním zvyklostem. Největší překážkou, na které se shodnou všichni zahraniční nearabsky mluvící zdravotníci, je zde rozhodně jazyková bariéra. Málokterý z arabských pacientů je schopný komunikovat anglicky, což je základní pracovní řeč saúdských nemocnic a málokterý zahraniční zdravotník má znalosti arabštiny na komunikativní úrovni.

Pokud je dítě hodně malé a dosud nemluví, naráží jazyková bariéra snad s ještě větší intenzitou na komunikaci s rodiči, kde je taktéž nesmírně důležité získat si jejich důvěru a dozvědět se něco o chování dítěte mimo nemocnici a před hospitalizací. Možnost vysvětlit matce dítěte důvod výkonu nebo činnosti, kterou sestra právě provádí, snižuje vzájemné nepochopení a nespokojenost s ošetrovatelskou péčí. V neposlední řadě také snižuje stres ze samotné hospitalizace jak u dítěte, tak u matky, která by tak mohla s klidem akceptovat, že sestra ví co dělá a její dítě je v dobrých rukách. Pohoda matky se pak zákonitě reflektuje na dítě.

Komunikace je základní prostředek k získání důvěry a vzhledem k tomu, že příslušníci jiných zemí jsou navíc pro místní naprostými cizinci, téměř pocházející z jiné planety, kteří jinak vypadají, jinak se chovají a ani nemluví jejich řečí, je získávání důvěry velmi náročné.

Tuto komplikovanou situaci řeší částečně přítomnost tlumočnicka, který je na každém oddělení během denní služby přítomen, přesto zde stále bariéra mezi ošetřovatelem, pacientem a rodiči zůstává, vzhledem k tomu, že taková

komunikace je nepřímá skrze prostředníka. Navíc je všeobecně známá skutečnost, že v arabské komunitě se jen neochotně oznamují špatné zprávy a když, tak jen pokud je to naprosto nevyhnutelné. Rodiče tak často dlouho žijí s očekáváním uzdravení dítěte, které má například srdeční vadu neslučitelnou se životem. Lékař se často brání sdělit rodičům i to, že jejich dítě nebude operováno z důvodu nepříznivé prognózy. Zkušenost s tímto faktem má mnoho zahraničních sester, které popisovaly stav dítěte rodičům skrze tlumočníka, který ovšem realitu změnil na více přijatelnou. Sestra tak často nemá kontrolu nad tím, jaké informace jsou vlastně rodičům tlumočeny.

Velkou roli hraje nonverbální komunikace. Zde je ovšem nutné si uvědomit, že jedinci různých národností také používají rozdílná gesta a některá z nich, zcela běžná třeba pro Evropana, jsou nepřijatelná pro Saúda. A naopak.

Mám-li být konkrétní, je například neslušné, aby se žena dívala muži, který není její příbuzný, přímo do očí. Mluví-li tedy sestra s otcem dítěte, který se dívá všude kolem, jen ne na ní, může to ona považovat za velmi neslušné a arogantní, přitom naopak od onoho otce je to výraz respektu k sestře. Rozhodně je nepřípustné potřesení rukou jedinců opačných pohlaví. Opět něco pro nás rozdílného. Obecně fyzický kontakt, i letmé doteky, jsou mezi dvěma jedinci opačného pohlaví velmi nežádoucí a to dokonce i mezi manželi, je-li to na veřejnosti. Arabové jsou také zvyklí luskat prsty ve snaze přivolat pozornost. Je to normální a běžné gesto, které používají děti i dospělí, ale které je ovšem evropskou sestrou bráno jako velmi arogantní a vyžaduje dosti diplomacie a porozumění jej takto neinterpretovat. Dle výpovědí zahraničních sester je při komunikaci s arabským pacientem snad nejobtížněji akceptovatelné gesto mlaskání jako výraz „ne“. Zní totiž jako naše „ts“.

Pro pravidla komunikace je dosti těžké stanovit hranici „dospělosti“ u dětí. Dívka se považuje za ženu, s nutností zahalovat se a taktéž možnost se provdat, od té chvíle, kdy začne menstruovat. To ovšem může být v jedenácti letech nebo také v patnácti letech. V nemocnicích se tedy obecně ke všem

dívčám nad dvanáct let přistupuje jako k dospělým ženám, nesmí o ně pečovat mužský personál a je nutno zachovávat jí potřebné soukromí dané náboženstvím. U chlapců je to o něco jednodušší, jelikož sestra-žena se běžně stará i o dospělé mužské pacienty, v tomto není žádná restrikce.

S velmi malými dětmi se komunikuje, dá se říci, stejně jako všude jinde na světě. Pokud to situace dovolí, potřebují mnoho pohlázení a pochování. I v komunikaci opravdu stačí univerzální gesta, jako je úsměv, tón hlasu. Obrovskou roli hraje úplně obyčejná pozornost a snaha komunikovat, ne pouze roboticky vykonat potřebnou ošetrovatelskou péči. Pár arabských slovíček pomůže získat si důvěru a podle výpovědí zdravotníků i vlastního pozorování to dětem stačí ke zklidnění, i k akceptování cizího člověka ve své osobní zóně.

3.2 Specifické potřeby pacienta podmíněné kulturou

Kultura zahrnuje lidské postoje a hodnoty obsažené v názorech a pověrách, v mýtech, bajkách, zvycích, ve vzorech hrdinů, v zákonech i nepsaných příkázáních, v náboženských představách i ve vědeckých teoriích (ať pravdivých nebo falešných), ve výrobních nástrojích a jiných technických produktech, ve stavbách, v uměleckých dílech i sociálních institucích. A právě učení těmto popisným a vysvětlujícím vzorům a návodům je základem předávání kultury a významnou měrou ovlivňuje chování jedinců i výchovu a vývoj nových generací i současného dění ve společnosti (J. Langmaier, D. Krejčířová, Vývojová psychologie, 2006).

Kultura je komunitou nebo společností sdílená minulost, víra a hodnoty, což se dotýká způsobu učení se, chápání životních situací a pojetí termínů jako je prosperita, úspěch, vzdělanost a zdraví. Kultura je dynamická a interaktivní,

takže chování a jednání jedince ovlivňují jeho kulturu, ale jsou i danou kulturou podmíněné. Přestože kultura není synonymem pro řeč, rasu, etnikum, národnost, ani socioekonomickou situaci, společenství s podobným zázemím těchto jmenovaných charakteristik často sdílí také podobné kulturní normy (R. Kliengman, R. Behrman, H. Jenson, B. Stanton, Nelson Textbook Of Pediatrics, 2007).

Pediatřiští zdravotníci mají profesionální povinnost jednat v nejlepším zájmu dítěte, což může někdy způsobit konflikt mezi přáním rodiče, dítěte a zdravotníka. Etický přístup v pediatrickém zdravotnictví znamená respektovat jak zodpovědnost rodičů za život a zdraví dítěte, tak autonomii, vývoj a zranitelnost samotného dítěte. Toto pojetí nabírá na náročnosti a komplexnosti díky různému sociálnímu, kulturnímu a náboženskému zázemí a jeho pohledu na roli rodiny, rodičovské autority a vhodných metod výchovy (R. Kliengman, R. Behrman, H. Jenson, B. Stanton, Nelson Textbook Of Pediatrics, 2007).

Jedním ze základních specifik, které se liší od naší kultury, je například potřeba soukromí, což se ovšem týká spíše dospělých pacientů a při péči o hospitalizované děti je třeba potřebu soukromí respektovat převážně ve vztahu k jejich matkám.

V našich nemocnicích je běžné vidět ventilované pacienty odhalené, zcela na odiv světu. To je v Saúdské Arábii naprosto nepřípustné ať se to týká mužů či žen, kteří musí být stále kompletně zakryti, ženy i vlasy, nebo jejich lůžko ohraničené plentami. Sestra žena se stará o pacienty obou pohlaví, ale zdravotní bratr, kterých je mimochodem v zahraničním zdravotnictví velký počet, se smí starat pouze o mužské pacienty. Při hygieně a výkonech vyžadujících odhalení pacientů je samozřejmostí vždy používat plenty kolem lůžka, které jsou normálním vybavením.

Lékař-muž se před vstupem do pokoje pacientky předem ohlásí, aby se

mohla ona, či její ženské návštěvy, řádně upravit a zahalit. To samozřejmě platí i o matkách dětských pacientů. Při tělesné prohlídce chce být většinou přítomen manžel nebo otec. Pokud ten nedal předtím souhlas pro vyšetřování bez jeho přítomnosti, nesmí se provést.

Pacientova rodina je důležitou součástí jeho života a má na standardní oddělení neomezený přístup. Bohužel příbuzní často nedodržují hlavní hygienické pokyny ani zásady tichého chování, takže bylo nutné pro takové případy povolat služby členů nemocniční bezpečnosti, kteří jsou v případech neposlušnosti návštěvníků kdykoli po ruce. Rodiče mají neomezený přístup na všech dětských odděleních, i těch s intenzívní péčí, ovšem extra lůžko pro matku lze připravit pouze na standardních odděleních.

Nejvýraznějším specifikem je samozřejmě opět náboženství. I nemocní Muslimové se potřebují modlit pětkrát denně. Nemohou-li vstát z lůžka, je nutné je s celou postelí, a často i přístroji, natočit správným směrem, tedy čelem k Mece. U dětských pacientů zase rodiče vysedávají u postýlky s Koránem v rukách a neúnavně předříkávají modlitby, někdy i na úkor jejich skutečného kontaktu a komunikaci s dítětem (M. Ryšlinková, Česká sestra v arabském světě, 2007).

Samostatnou kapitolou je měsíc Ramadán, který nakazuje půst od slunce východu do slunce západu. Nesmí se tedy jíst, pít a ani například kouřit. Půstu se mohou vyhnout děti, těhotné ženy, nemocní a staří. Nemoc je ale pro mnoho Muslimů relativní a náboženství je většinou silnější. To znamená, že pacienti zásadně odmítají pozřít léky během dne. Řeší se to tedy přeorganizováním časování dávek léků na dobu během noci. Větší problém je u diabetických pacientů, kteří odmítají pravidelně jíst. Jejich dávky inzulínu se musí znovu korigovat nebo během dne vynechat. (M. Ryšlinková, tamtéž).

Měsíc Ramadán se příliš netýká dětských pacientů, kteří nemusejí půst

dodržovat a jejich denní rytmus se nijak nemění, ale je nutné očekávat jiné chování rodičů. Celá společnost žije v tu dobu spíše v noci, tedy nejrušnější a nejčastější návštěvy celého příbuzenstva (Ramadán je svátek, kdy se celá široká rodina setkává) se dají očekávat kdykoli během noci.

V literatuře z USA, kde se také velmi často setkávají v nemocnicích s multikulturním personálem, se často hovoří o tzv. kulturní kompetenci a je dokázáno, že zdravotnický personál, který je kulturně kompetentní, tedy ví, jak má k pacientovi přistupovat v závislosti na jeho původu a náboženství, je schopen si rychleji získat důvěru a výsledky jeho péče jsou pak prokazatelně úspěšnější.

Kulturní kompetence není něco, čeho by se dalo dosáhnout bez kontinuální snahy. Pochopení, že kultura je součástí pojmání zdraví a uzdravování, nemoci a slabosti, je základ kulturní kompetence. Pouze znalost kulturních rozdílů předchází správným, kulturou akceptovaným, akcím a přístupům (R. Kliengman, R. Behrman, H. Jenson, B. Stanton, Nelson Textbook Of Pediatrics, 2007).

4. VLIV HOSPITALIZACE NA CHOVÁNÍ DÍTĚTE

4.1 Připoutanost k matce

Troufám si tvrdit, že vztah a připoutanost k matce se v saúdských a například českých poměrech dosti liší. Tato problematika je velmi specifická, jelikož 80% zdejších domácností má na výchovu dětí k dispozici chůvy, které pocházejí nejčastěji z chudých zemí, jako jsou Filipíny, Srí Lanka nebo Bangladéš. Je to známka lepšího statutu a jen velmi chudé rodiny si chůvy a sluhy nemohou dovolit. Jen část z nich si vytvoří se svým chovancem velmi vřelý vztah a pokud tomu tak je, reaguje dítě pochopitelně mnohem intenzivněji na nepřítomnost chůvy, spíše než matky. I přes neomezené možnosti návštěv na dětských odděleních matky často docházejí na návštěvu za dítětem pouze na chvíli, třeba jen půl hodiny, kdežto chůva je ta, která u lůžka často prosedí celý den a nezřídka i noc. Nejsou výjimkou rodiny, které přijdou na návštěvu jen jednou týdně a ty, které žijí v jiném městě třeba i jen jednou měsíčně, a to i v situaci, kdy nemocnice nabízí státem podporovanou možnost ubytování v hotelu poblíž nemocnice. Samozřejmě tato situace je dána v neposlední řadě také skutečností, že rodiny vychovávají často velký počet dětí, deset i dvanáct není žádnou výjimkou.

Není divu, že z takové situace je vztah dítěte k matce pozměněný a to pak někdy na návštěvu matky reaguje jen chabě.

Velkou roli hraje opět náboženství, aneb vše je boží vůle a smíření se s tímto faktem je základní vlastností všech Muslimů. Starším dětem rodina vysvětlí, že je to právě Bůh, který chce zkusit jejich statečnost, proto se musejí vyrovnat s nemocí, bolestí, a proto také musejí zůstat nějaký čas v nemocnici. Pro děti již od pěti let je takové vysvětlení velmi silné a působivé. Obecně i strach ze

smrti je zde pojmut zcela rozdílně než u českých dětí. V silné islámské víře je to pouze moment setkání s Bohem a nikdo se jej neobává. Může být pro nás někdy až šokující, že dokonce i dosti malé děti tento koncept chápou a jsou s ním smířené.

Zaměřím se teď ale na matky, které, i když mají k dispozici možnost pomoci chůvy, si stále zachovávají velmi blízký vztah se svým dítětem. Není jich málo a takové mají v saúdských nemocnicích vytvořeny veškeré podmínky, jak být dítěti na blízku a traumatizovat jej tak odloučením co nejméně.

Připoutanost k matce nebo blízké osobě se mění dle věku dítěte, ale přítomnost blízké osoby je vždy velmi důležitá. Můžeme říci, že v období do dvou měsíců věku dítěte, se dá krátká nepřítomnost matky nejspíše nahradit, pokud jiná osoba poskytuje nedělenou pozornost, něžnou a láskyplnou péči, v nemocničním prostředí tedy sestra. Zde ale ovšem do značné míry záleží na osobnosti sestry a taktéž na její zaneprázdněnosti. Bereme-li v úvahu prostředí multikulturního ošetřovatelství, záleží také velmi na národnosti dané sestry a jakým školením a praxí ve své domovině prošla, tedy jestli pojímá péči o pacienta holisticky, se všemi jeho potřebami, nebo jen jako technický či vědecký obor, bez ohledu na pacientův biorytmus nebo emoční potřeby, což je například podle výsledků dotazníku patrné převážně u sester z chudších a vývojových zemí.

René Spitz popisuje ve svém mnohaletém výzkumu o vývoji vztahu dítěte k "objektu", který uspokojuje jeho základní potřeby, tři základní období takového vývoje a první nazývá tzv. Preobjektálním, trvajícím od narození do asi tří měsíců. V této době ještě dítě nemá ustaven žádný rozlišený vztah k objektům okolního světa. Jeho chování k objektům věcným a sociálním neukazuje zatím na žádné trvalejší, rozdílně projevované, vztahy (J.Langmaier, D. Krejčířová, Vývojová psychologie, 2007).

Znakem, který udává nástup etapy specifického pouta, jsou spíše negativní

emoce úzkosti a strachu. Kromě separační úzkosti, vyvolané odloučením od matky, je patrný – jak ukázaly další studie – ještě strach z cizích osob. Zejména v období desátého až šestnáctého měsíce věku se začíná separační úzkost zřetelně projevovat. Nucená separace (i jen několikadenní) může v tomto období vést ke stagnaci nebo dokonce i k regresi ve vývoji dítěte. Separační úzkost i strach z cizích se projeví zejména tehdy, když je dítě pasivně vystaveno situaci odloučení, resp. konfrontaci s cizím člověkem. Typickým příkladem je přijímání dítěte do nemocnice, kdy se obě negativní emoce sčítají – cizí osoba uchopí dítě a odnáší je pryč (J.Langmaier, D. Krejčířová, Vývojová psychologie, 2007).

Dnes je naštěstí stres ze separace snížen možností přijmout do nemocnice s dítětem také jednoho z rodičů, což platí i pro Saúdskou Arábii.

4.2 Změny chování a vývoje hospitalizovaného dítěte

Během své desetileté praxe dětské sestry musím konstatovat, že podle mého názoru změny chování dítěte probíhají nezávisle na jeho národnosti nebo zemi, ve které je hospitalizováno. Pro všechny děti je vytrhnutí ze známého prostředí a od blízkých lidí velmi stresující. Obecně lze říci, že čím je hospitalizace delší, tím větší je šance na setkání se s negativními a bolestivými zkušenostmi, tím delší bude odloučení od blízké osoby a tím zranitelnější je vývoj dítěte, co se týče stresujících a traumatizujících vlivů hospitalizace.

Uvažujeme-li o psychickém vývoji člověka, musíme si být vědomi toho, že může být ohrožen v kterémkoli období – i když v době rychlých změn v dětství a dospívání je toto ohrožení jistě zvlášť nebezpečné (J.Langmaier, D.

Krejčířová, Vývojová psychologie, 2007).

Děti, které jsou hospitalizované v saúdských nemocnicích překonávají ještě další stres, navíc k ústavní deprivaci, separaci, neznámému prostředí, zkušeností s bolestí a nedostatkem stimulací, se přidává ještě také deprivace kulturní, vzhledem k tomu, že se dostanou do rukou zhraničních zdravotníků. Tedy jiný styl zacházení, jiný tón mluvy.

Novorozenci dovedou rozlišovat jemné rozdíly v časových vztazích hlásek obsažených ve všech lidských jazycích – na rozdíl od dospělých, kteří si tuto diskriminační schopnost uchovávají zpravidla jen pro mateřský jazyk. Rychlé učení v tomto směru je parné z pozorování (Condon a Sander, 1974), že už ve věku dvou týdnů vykazovaly známky zneklidnění děti, na které bylo promluveno jinou řečí, než kterou dosud slyšely (J.Langmaier, D. Krejčířová, 2007).

Kojenci v nemocničním prostředí postrádají především příležitost k navázání trvalého a pevného kontaktu s jednou osobou, což by byla za normálních okolností většinou matka. Dítě v kojeneckém věku potřebuje převážně stabilní, ucelenou péči jedné centrální osoby, která díky času s ním stráveným dokáže rozlišovat jemné nuance v pokusech dítěte komunikovat pláčem, výrazy obličeje, pohyby těla a předchází pak stresu z nesprávného porozumění a jednání tak v rozporu s přáním dítěte, což samozřejmě vede k další frustraci dítěte, které postupně ztrácí zájem o sociální interakci a stává se apatickým. Tento model připoutanosti k jedné osobě a nerozdělené pozornosti je dosti nemožné dosáhnout v nemocničním prostředí, kde se i při nejlepší péči sester osoby kolem dítěte neustále ve směnách střídají. Pokud dítě tohoto věku setrvává v nemocničním prostředí dlouho, ohrožuje to jeho budoucí vývoj řeči a sociálních dovedností, podle některých studií vede i k poruchám nálad, sebekontroly a pozornosti. Navíc brzké odloučení novorozence od matky, v tomto tématu práce z důvodu jeho špatného zdravotního stavu a nutnosti umístění na nemocniční oddělení, způsobí nenaplnění tzv. kritické (sensitivní)

mateřské periody, kdy je matka zvláště vnímavá k potřebám dítěte, čímž se ohrožuje budoucí vztah matka-dítě.

Hospitalizované děti obecně čelí nejen separaci, ale také neznámému nemocničnímu prostředí a zvykání si na něj, stejně jako na mnoho lidí, které o něj najednou pečují. V neposlední řadě je stresující vidět jiné velmi nemocné, někdy dokonce umírající děti, vyrovnat se s vlastní operací, bolestí a pohybovým omezením.

Mluvíme-li o bolesti, bylo prokázáno již v minulosti mnoha studiemi, že čím je dítě mladší, tím častěji dochází k neadekvátnímu nebo nedostačujícímu podávání analgesie. To se týká hlavně dětí, které ještě nedokáží bolest přesně verbalizovat. Zdá se normální, že kojeneček pláče, stejně jako i jiní zdraví kojenci. To často nedonutí zdravotníka přemýšlet *včas* nad správnou a pravidelnou analgesií. Taková situace je pro dítě maximálně traumatizující. Přemýšlíme-li navíc nad multikulturním ošetrovatelským personálem, který zahrnuje také sestry z velmi chudých zemí světa, kde jsou dávky léků proti bolesti často mimo rozpočet nemocnic, dá se pochopit, že taková sestra nebude automaticky myslet na správný a včasný *pain management*. I pro tyto případy fungují v Saúdské Arábii sjednocené standardy péče, které diktují přesně kdy, například po chirurgickém výkonu, jak často a v jaké dávce na kilogram tělesné váhy má sestra podat bolest tišící léky.

Starší děti již disponují větším rozsahem výrazových prostředků a jejich reakce na separaci od blízké osoby je často velmi bouřlivá a to i opakovaně, při každém odchodu matky u každé její návštěvy. Taková reakce je ale naprosto normální a dalo by se diskutovat o narušení vztahu matky a dítěte, pokud by právě k této reakci nedocházelo. Podle autorů J.Langmaiera a D. Krejčířové, 2007, prochází dítě při separaci třemi typickými fázemi, které ovšem trvají u jednotlivých dětí různě dlouho a s různou intenzitou:

1. Fáze protestu – dítě křičí, volá matku – po předchozí zkušenosti očekává, že pokud ji bude dostatečně vytrvale volat, tak ona přijde

2. Fáze zoufalství – dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí ve stavu hluboké stísněnosti, odmítá navázat kontakt s okolím, odmítá hračky
3. Fáze odpoutání od matky – dítě postupně potlačí své city k matce a je schopno se citově připoutat k jinému dospělému, který mu nahrazuje mateřskou péči – jinak ztrácí svůj vztah k lidem a upoutává se spíše na věci

Z vlastního pozorování vím, že je nesmírně těžké, troufám si říci i nemožné, aby dítě navázalo nějaký bližší vztah k sestře, která po dvanáctihodinové službě opět odchází, a ještě jsem takový případ ani nezažila. Děti se naučí, že sestra jim poskytuje péči a komfort, že se s nimi snaží komunikovat a rozveselovat je, dokonce mohou mít jednu sestru oblíbenější než jinou, ale nikdy nemizí jistá ostražitost, která je dána předešlou zkušeností s bolestí, způsobenou nejčastěji právě sestrou nebo za její asistence při zdravotnických výkonech jako je odebírání krve, převazování operační rány, vytahování drénů, podávání injekcí, zavádění kanyl a sond atd. Děti, které mají kvůli vážnému zdravotnímu stavu zkušenost s bolestí častou (a zde mluvím o každodenní zkušenosti, např. při nutnosti kontinuální infúze život udržujícího léku, který ovšem výrazně zatěžuje cévy a personál je tak nucen někdy i několikrát denně napichovat novou kanylu nebo děti, které v odstupu několika dnů podstupují další operaci srdce či katetrizační výkon a žijí tak přes podávanou analgezií v trvalé bolesti), úplně ztrácejí veselost a zájem o interakci s lidmi, dívají se na okolí s permanentně vystrašeným výrazem, jsou plačtivé, nesnadno utěšitelné, neurotické a později i na mírné, ba dokonce mazlivé doteky běžné péče přehnaně negativně reagují. Mnohé děti prokazují po několika dnech hospitalizace regresi v psychomotorickém vývoji a mnohé se přestanou vyvíjet i tělesně, přestanou přibírat na váze a růst, což je nebezpečné zvláště v kojeneckém věku, kdy dítě prochází intenzivními fázemi růstu a dozrávání jednotlivých orgánů a tělesných systémů.

Mezi další projevy stresu z hospitalizace patří apatie, vyhýbání se očnímu kontaktu, nezáměr o okolí, vyhýbání se fyzickému kontaktu, tvář bez výrazu, hypotonie, zamlklost nebo stálý tichý monotónní nářek, v neposlední řadě také změněná reakce na přítomnost rodičů při návštěvě.

Děti předškolního věku často trpí představou, že jejich nemoc a umístění do nemocnice jsou jistou formou trestu za jejich zlobení. Je stěžejní, aby byly děti edukovány přiměřeně svému věku o důvodech jejich pobytu v nemocnici i jejich vlastní nemoci, což je v prostředí Saúdské Arábie plně ponecháno na rodičích a nikdo z odborníků nepátrá, jestli byly dané skutečnosti s dítětem probírány či nikoli a tato situace je dosti citlivá vzhledem k tomu, že je velmi neslušné zpochybňovat hlavu rodiny, že ví, co dělá a zda na něco nezapomněl.

Kromě velmi závažného zažívání bolesti, která silně narušuje možnosti aktivit dítěte i spánkový režim, jsou dalšími důvody pro zhoršování psychického i tělesného stavu dítěte již zmiňovaná nucená separace a péče cizích, stále se měnících osob, nedostatek stimulace a možností pohybu, možností prozkoumávání okolí a přirozená sociální interakce. V neposlední řadě život starších dětí ovlivňuje skutečnost školní absence a toto je v Saúdské Arábii velmi výrazné, jelikož zde neexistuje žádný systém základního školního vzdělávání v nemocnicích a dítě je tak nejen vytrženo z kolektivu vrstevníků, ale zanedbává navíc i své akademické povinnosti a dovednosti. Nutno však připomenout, že v této zemi, která díky svým finančním možnostem oplývá veškerými moderními vymoženostmi 21. století, je přesto stále zaznamenávána negramotnost až u 30% obyvatelstva a zvláště u dívek se vzdělání často nepovažuje za stěžejní.

Dá se shrnout, jak jsem se již zmiňovala, že čím delší je hospitalizace, tím větší šanci má dítě na nabírání negativních zkušeností a tím déle se po propuštění z nemocnice jeho stav vrací do normálu, což je v tom lepším případě. Je možné tvrdit také, že čím je dítě mladší, tím zranitelnější je, co

se týče nerušeného vývoje, vzhledem k tomu, že nejen jeho tělesná stránka se teprve vyvíjí, ale i vzorce chování a sociální interakce jsou v úplném počátku vývoje, tedy v nesmírném nebezpečí při odloučení od matky a nedostatku přiměřené stimulace a kontaktu s blízkou osobou. U malých dětí je také omezená možnost situaci vysvětlit, stejně jako jejich schopnost pochopit, co se s nimi děje a proč.

V příloze B uvádím příběh dospělého muže, jehož hospitalizace, a zkušenosti s opakovanou bolestí, ve věku tří let traumatizovala natolik, že se dodnes potýká s psychickými následky.

5. KAZUISTIKY

V této kapitole uvádím standardizovanou podobu 8 výpovědí zahraničních (nesaúdskoarabských) zdravotníků pracujících v KSA a používám k jejich označení termínu “respondent”. Těchto 8 respondentů bylo vybráno z celkového počtu 20 odpovědí, které jsem získala po rozeslání celkem 46 dotazníků elektronickou formou v lednu 2011. S vybranými 8 respondenty jsem poté učinila ještě několik osobních přibližujících rozhovorů.

Zajímám se především o dva aspekty. Za prvé jaké jsou jejich názory na péči zdravotníků z různých koutů světa v pro ně cizím pracovním i kulturním prostředí (zde analyzuji přístup k práci a skutečnosti multikulturního kolektivu z pohledu zevnitř), a za druhé jejich vlastní pozorování změn chování dlouhodobě hospitalizovaného dítěte a možné příčiny vedoucí k těmto změnám (očima zdravotníků s mnohaletými zkušenostmi na dětských odděleních).

Každá kazuistika je uvedena údaji o respondentovi, jeho národnosti, věku, délkou praxe na dětském oddělení v KSA a místem práce (typ a specializace dětského oddělení).

5.1 Hypotézy

1. Všichni nebo alespoň 90% zdravotníků shledá jako nejobtížnější překážku práce v KSA jazykovou bariéru.
2. Většina ze zdravotníků bude tvrdit, že kvalita poskytované péče v KSA je horší než ta v jejich domovské zemi.

3. Většina zdravotníků si bude myslet, že kvalita poskytované péče je závislá na národnosti sestry a bude přitom upřednostňovat vlastní národnost.

4. Sestry si budou myslet, že přítomnost rodičů na odděleních, hlavně těch s intenzivní péčí, je spíše zatěžující jak pro dítě, tak pro personál.

5. Všichni zdravotníci zaznamenají, že chování dítěte se při prodlužované hospitalizaci negativně mění.

5.2 Kazuistika č.1

Pohlaví:	Muž
Země původu:	Súdán
Věk:	43
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	13
Pracovní pozice:	Dětský lékař, intenzivista
Typ dětského oddělení/specializace:	Kardiologická JIP

Národnosti kolegů: Filipínci, Češi a Slováci, Australané, Malajci, Saúdové, Finové, Britové, Italové, Egypt'ané, Pákistánci, Indové a Súdánci.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Práce v multikulturním prostředí mu připadá spíše přínosná pro pacienty i personál, osobně se mu s kolegy různých národností pracuje dobře. Respondent se nedomnívá, že by kvalita péče závisela na národnosti sestry.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Jednoznačně kulturní odlišnosti a jazyková bariéra a to i přesto, že sám respondent je muslimského vyznání a hovoří arabsky.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Podle respondenta je kvalita, vypěstlost i dostupnost ošetrovatelské péče lepší v KSA než v Súdánu.

Způsob komunikace s pacienty: Arabština je respondentův mateřský jazyk, tedy zde pro vlastní osobu žádná omezení nevidí.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Respondent se nedomnívá, že by děti vnímaly sestru cizinku nijak negativně. Negativně je podle jeho názoru záhy vnímána spíše jazyková bariéra a schopnost sestry komunikovat s dítětem

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Dle respondentova mínění jsou změny chování u dětí přímo úměrné délce hospitalizace a tím větší možností nasbírat negativní zkušenosti s bolestí, nedostatkem stimulace a neustále se měnící pečující osoby. Respondent nemá pochyb, že chování dětí se i při nejlepší péči po prodloužené hospitalizaci změní.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Respondent vidí v neustálé přítomnosti rodičů u dětí v nemocnici pouze výhody a domnívá se, že by to měla být samozřejmost.

5.3 Kazuistika č. 2

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Česká republika
Věk:	32
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	5
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Všeobecná dětská JIP

Národnosti kolegů: Prevažně Filipínci a Jihoafričané, dále pak Saúdové, Malajci, Indové, Egyptané, Jordánci, Češi, Irové, Britové.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Bez rozmýšlení vidí značné rozdíly v péči poskytované sestrou závisle na zemi jejího původu a udává, že i přes standardizované postupy a kritéria sestry stále pokračují v ošetrovatelské rutině naučené ve své zemi. Hlavní rozdíly kvality péče vidí u sester z chudých zemí, které často neumějí využívat moderní techniku a neznají nové pokrokové metody. Udává, že sestry z Evropy a vyspělých zemí poskytují vysokou kvalitu péče nezávisle na národnosti a zdají se být i více ochotné učit se novým věcem a být flexibilní.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Jazyková bariéra. Jako jediná z respondentů udává, že pro ni bylo velmi těžké smířit se s faktem, že týrané nebo zneužívané děti se z nemocnice vracely zpět do rodin a nikdo nebyl vyšetřován ani potrestán, vzhledem k tomu, že v Saúdské Arábii je něco takového neslýchané a jsou za takové zločiny tresty smrti, zavírají se před tímto faktem často oči a nikdo nechce být tím, kdo obviní možného viníka, zvláště pak ne zahraniční zdravotník.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Podle názoru respondenky je kvalita péče v České republice obecně lepší než v KSA.

Způsob komunikace s pacienty: Respondentka se naučila několik arabských frází a slovíček, kterými se snažila probořit první pomyslnou bariéru při navázání kontaktu s pacientem, společně s neverbální komunikací byla schopná dorozumět se na základní úrovni. Při potřebě složitějšího vysvětlování porosila arabské kolegy nebo tlumočníka. Stále ale připouští, že jazyková bariéra je na práci v KSA tou nejobtížnější překážkou.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Některé děti reagují na odlišně vypadající sestru negativně, hlavně pokud nosí odkryté blond vlasy. Děti dost často reagují rozdílně na sestry různé národnosti. Jsou zvyklé, že Filipínky

často vykonávají podřadnou práci v domácnostech a neberou je tedy ani v nemocnicích jako profesionály. Sester bílé barvy kůže se zase spíše bojí nebo jsou naopak zvědavé. Respondentka také uvádí, že podle jejího názoru nesou rodiče hůř než děti, když sestra nemluví dobře arabsky.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka se domnívá, že chování dětí je způsobeno především stresem, kterým si dítě prochází – neznámé prostředí a lidé, bolest, strach, odloučení od rodiny, vytržení z domácího prostředí, upotání na lůžko atd. Respondentka je velmi kritická, ce se týče jejího názoru na péči o děti v arabských rodinách a udává, že spousta chronických pacientů, kteří zůstávají v nemocnici nepřetržitě několik měsíců se od sester dokonce naučí více věcí než v rodině a že jsou pak na lepší vývojové úrovni, než kdyby byly doma v péči rodičů.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Respondentka uvádí, že v Saúdské Arábii je situace rodičů velmi odlišná od té v ČR, kde přítomnost rodičů s dětmi naprosto podporuje. V této zemi udává, že velmi záleží na tom, jak je dítě na matku zvyklé. Některé děti tráví mnohem více času s chůvou, která tedy dítě zná mnohem lépe a ta by potom spíše měla být s dítětem i v nemocnici. Respondentka udává, jak byla často svědkem situace, kdy matka byla s dítětem v nemocnici, ale čas tam trávila spánkem a když dítě plakalo nebo potřebovalo přebalit, požádala raději sestru a nevadilo jí, že jí dítě volá. Respondentka uvádí, že vše je velmi individuální a některé děti jsou klidnější, pokud rodiče přítomni nejsou. Pokud je dítě na matku zvyklé a ta ví, jak jej uklidnit, utěšit a pečovat o něj, pak je podle názoru respondentky její přítomnost naprosto vhodná, ale udává, že takových matek je v KSA spíše menšina.

5.4 Kazuistika č. 3

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Irsko
Věk:	42
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	8
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Kardiochirurgická JIP

Národnosti kolegů: Filipínci, Indové, Malajci, Češi a Slováci, Australané, Angličané, Novozélandčané, Jihoafričané, Finové, Číňané.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Respondentka se domnívá, že multikulturní prostředí je zajímavou výhodou pro zdravotníky, ale pro pacienta to již jako výhodu nevidí, protože je dle rozdílného standardu péče těžké, někdy i nemožné, monitorovat, zda všichni skutečně poskytují stejnou péči a rozhodují se pro stejné postupy v závislosti na pacientově stavu. Udává, že důležitost je v malých, ale důležitých detailech, které se mění jak s národností sestry tak s její povahou obecně a některé typy osobnosti mají větší tendenci spadávat do rutinního vykonávání péče bez přemýšlení.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Respondentka se domnívá, že největší potíž celosvětově ve zdravotnictví je nedostatek dětských sester, tím pádem větší zatíženost sestry a její nedostatek času věnovat se více jednotlivému pacientovi nebo jeho speciálnějším přáním a potřebám. Další překážku specificky pro KSA udává kulturní, náboženskou a jazykovou bariéru, i když ona sama je schopna dobře komunikovat arabsky, vzhledem k tomu, že je provdána za libanonského mužela. Zmiňuje se také o stále dosti rozsáhlé negramotnosti v KSA, což vede k nedostatečnému porozumění chirurgickým zákrokům a jejich následkům, i přesto, že se lékař situaci rodičům snaží co nejlépe vysvětlit. S tím souvisí obtížná edukace pacientů a jejich rodičů ohledně následné domácí péče, komplikací atd.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Respondentka udává, že kvalita a modernost péče je v KSA a Irsku srovnatelná, ale Irsko se potýká s ještě

větším nedostatkem sester a není divu, pokud má sestra na intenzivní péči i tři pacienty, zatímco v KSA je toto nevídané, sestry mají většinou každá jen jednoho pacienta a kvalita péče tak trpí mnohem méně.

Způsob komunikace s pacienty: Respondentka mluví dobře arabsky, případně počítá s pomocí tlumočnicků na oddělení. Udává také, že pro děti je přesto nejdůležitější úsměv a pohlazení.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Respondentka nezaznamenala, že by děti reagovaly na cizince negativně. Naopak si myslí, že hlavně evropské sestry jsou velmi dobře vnímány rodiči dětí, kteří mají důvěru v lepší péči od sester vystudovaných a zkušených z Evropy a jiných vyspělých zemí. Respondentka vidí problém spíše v některých sestrách samotných, které si dostatečně nevšímají nonverbální komunikace dítěte, způsobu pláče, výrazů obličeje. Příčinu vidí v tom, že na dětských odděleních často pracují sestry, které nemají zkušenost z dětských odděleních, ale jsou doplňovány rovnou z dospělých odděleních právě proto, že je celkově nedostatek specializovaných dětských sester.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka naprosto souhlasí, že u dětí, které jsou hospitalizované delší dobu, jsou pozorovatelné výrazné změny chování a není to jen z důvodu jejich špatného zdravotního stavu jako takového, i když i to hraje samozřejmě roli. Respondentka popisuje chování dětí, které se postupně stávají více zamlklé, depresivní a plačtivé, bez zájmu o okolí, vykazují změněný vztah k rodičům, kdy je buď odmítají a odstrkují nebo naopak vyžadují jejich stálou přítomnost.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Respondentka se domnívá, že velmi záleží na každé rodině individuálně a zde opět vystupuje faktor vzdělanosti rodičů, kteří někdy nerozumí důvodům pro činnost sestry a ta jim pokaždé nemůže dobře situaci vysvětlit z důvodu jazykové bariéry a začarovaný kruh se znovu uzavírá.

5.5 Kazuistika č. 4

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Česká republika
Věk:	33
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	4
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Kardiologická JIP

Národnosti kolegů: Převážně Filipínci a Jihoafričané, dále pak Saúdové, Malajci, Indové, Egyptané, Jordánci, Češi, Irové, Britové.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Respondentka udává, že ošetrovatelská péče je standardizovaná a sjednocená pomocí směrnic a standardů. Každý člen ošetrovatelského týmu musí tyto směrnice dodržovat. Ohledně mezilidských vztahů na pracovišti nemá respondentka s kolegy žádné problémy, udává, že po určité době člověk pochopí odlišnou národnostní mentalitu, že každá země má nějaké zvyky a určité rysy chování a naučí se podle toho jednat. Konflikty se ale obecně podle respondentky řeší podobně jako například v Česku. Respondentka si nemyslí, že kvalita ošetrovatelské péče je závislá na národnosti sestry, ale je dána osobní zodpovědností sestry. Záleží jen na ni, co chce pro svoji profesi a pacienty udělat. Rozdíl vidí v odlišné úrovni vzdělání sestry závislé na zemi původu, sestry z východní Asie často nemají základní znalosti biofyziky, mají problémy i s počítáním. Rozdíl oproti západním sestram je dle respondentky i ten, že jdou bez přemýšlení za rozkazem nebo pokynem, často nevědí, proč něco dělají tak, jak to dělají.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Vyrovnat se s pocitem, že některé děti se narodí, aby zemřely a často jsou velkým viníkem kulturou diktované příbuzenské sňatky. Vzhledem k minimální prenatalní diagnostice, náboženství a příbuzenským sňatkům se zde rodí mnoho dětí s velkou kombinací vad, které jsou bohužel někdy neléčitelné.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Domnívá se, že je srovnatelná.

Způsob komunikace s pacienty: Respondentka považuje v tomto ohledu za

výhodu, že pracuje na oddělení, kde 80% pacientů tvoří novorozenci. S nimi žádný problém v komunikaci není. U starších dětí využívá nonverbální komunikaci, své omezené znalosti arabštiny s kombinací s tlumočnickem na oddělení.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Ze zkušenosti respondentky berou děti sestru cizinku dobře. Zejména tzv. "western", tedy sestry bílé pleti, jsou pro ně exotikou. Domnívá se, že při komunikaci jsou děti většinou velmi trpělivé a berou to jako hru, i když ne vždy.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka si je jistá, že zejména dlouhodobá hospitalizace děti změní, hlavně díky jejich negativní zkušenosti s nepříjemnými výkony a bolestí a odloučením od známého prostředí. Dítě je otažitější, plačtivější a celkově smutnější.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Pokud je to možné, umožňuje to provoz oddělení a rodiče mohou být s dítětem v nemocnici vzhledem ke svým ostatním povinnostem, respondentka se domnívá, že by určitě měli této možnosti využít, a i zdravotnický tým by se měl snažit zapojit je do ošetrovateľského procesu. Respondentka míní, že pro dítě je to to nejlepší být se svými rodiči (matkou), obzvláště v době nemoci.

5.6 Kazuistika č.5

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Malajsie
Věk:	32
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	3
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Kardiologická JIP

Národnosti kolegů: Prevažně Filipínci a Jihoafričané, dále pak Saúdové, Malajci, Indové, Egyptané, Jordánci, Maročané, Češi a Slováci, Irové, Britové.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Respondentka nevidí negativa

v multikulturním ošetrovatelském týmu, naopak tvrdí, že pro ni osobně je práce s kolegy mnoha jiných národností obohacující a prospěšná. Pokud se týče kvality péče, nedomnívá se, že by byla závislá na národnosti, pokud jsou nemocnicí dané přesné standardy péče a zdravotníci tvoří spolupracující tým.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Respondentka udává jako nejvýraznější potíží jazykovou bariéru a dále nedostatečně propracovanou edukaci dětí a rodičů ohledně péče v nemocnici a následné péči, což je zpětně opět způsobováno jazykovou bariérou.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Respondentka vidí velký rozdíl ve finanční situaci nemocnic v KSA, kde šetření nehraje takovou roli a je možné dovolit si nejnovější technologii. Udává také, že sestry v Malajsii zastávají mnohem více pracovní povinnosti kromě ošetrovatelské péče, v KSA má sestra po ruce mnoho pomocníků jako ošetrovatelky, respirační terapeutky, farmaceuty atd., to znamená tedy více času na pacienta, i když oproti tomu na druhou stranu zastává rozsáhlejší specializované kompetence.

Způsob komunikace s pacienty: Respondentka se snaží užít svou omezenou znalost arabštiny a dále se v ní zlepšovat, potom také používá nonverbální komunikaci a v neposlední řadě arabsky mluvícího lékaře, u kterého má jistotu, že podá pacientovi i rodičům přesné informace.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Respondentka se domnívá, že negativní reakce dětí pochází obecně z faktu, že vidí neznámou tvář a je v tu chvíli jedno, zda je cizí národnosti nebo saúdské. Podle jejího názoru záleží na celkovém přístupu sestry k dítěti, způsob jejího zacházení s ním a v tu chvíli je jedno, jakým jazykem mluví.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Podle respondentky jsou plačtivější a smutnější, nedůvěřují zdravotníkům, že jim zrovna opět chtějí dělat výkon, který bude bolet. Domnívá se, že děti, které u sebe mají matku, snášejí celkově pobyt v nemocnici mnohem lépe a nejsou tolik traumatizované.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Respondentka se domnívá, že zapojení rodičů do ošetrovatelského procesu je základem pediatrického zdravotnictví a mělo by být samozřejmostí. Domnívá se, i na základě vlastních zkušeností a pozorování, že děti za přítomnosti rodičů snášejí nepříjemné výkony lépe, mají pocit, že je na blízku vždy někdo, kdo je ochrání a záleží mu na nich, navíc lépe snášejí pobyt v cizím prostředí.

5.7 Kazuistika č.6

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Jižní Afrika
Věk:	44
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	11
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Novorozenecká JIP

Národnosti kolegů: Filipínci, Indové, Jihoafričané, Australané, Kanadáné, Američané, Novozélandčané, Angličani, Irové, Saúdové.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Respondentka silně souhlasí, že kvalita péče i znalostí závisí výrazně na zemi, ze které sestra pochází a kde studovala. Jinak osobně nemá s kolegy jiných národností problém, pouze je pro ni někdy obtížné porozumět různým přízvukům v angličtině, která je oficiálním jazykem nemocnice.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Jednoznačně jazyková bariéra. Na oddělení, kde respondentka pracuje, jsou jen děti v novorozeneckém věku, tedy s nimi nemá komunikační problém, ten ovšem nastává u rodičů, což je velká překážka, protože extrémně nezralé děti potřebují speciální péči i po propuštění z nemocnice.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Věří, že je srovnatelná.

Způsob komunikace s pacienty: Resp. s rodiči – nonverbální komunikace, základní znalost arabštiny a služby tlumočnicka.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Respondentka se nedomnívá, že by děti v prvních třech měsících života reagovaly rozdílně na sestru cizinku.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka se domnívá, že změny chování jsou způsobeny hlavně díky negativním zkušenostem. Všimla si, že děti, které podstoupily mnoho bolestivých zákroků, reagují s pláčem a strachem na jakýkoli dotek a fyzický kontakt s očekáváním

další bolesti. Podle jejího názoru je pro tyto děti přímo nutností nahrazovat každou negativní zkušenost dvojnásobkem mazlení a příjemných doteků, aby se špatné zkušenosti neutralizovaly.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: V návaznosti na předchozí odpověď na otázku, je nutné, aby matka byla s dítětem v útlém věku co nejvíce, protože je to jediné, co dodává dítěti důvěru a komfort. Měla by podle respondentky být nablízku kdykoli je dítě vzhůru a pokud možno podporovat kojení i u dětí hospitalizovaných a nemocných.

5.8 Kazuistika č.7

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Anglie
Věk:	45
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	16
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Obecná dětská JIP

Národnosti kolegů: Filipínci, Indové, Jihoafričané, Australané, Kanadčané, Američané, Novozélandčané, Angličani, Irové, Saúdové.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Respondentka tvrdí, že pracovat v kulturním týmu je zajímavé a obohacující, získala díky tomu náhled z různých stran a vyslechla názory na péči ovlivněné kulturou a výchovou, což vidí jako jedinečnou zkušenost. Je přesvědčená, že kvalita péče je rozhodně přímo úměrná národnosti sestry a tomu, kde studovala. Domnívá se, že sestry z vyspělých zemí vidí povolání sestry jako poslání a přistupují k pacientovi celistvě jako k cítící bytosti, v porovnání se sestrami z vývojových zemích, které jsou zaměřené spíše na výkon u pacienta a splnění ordinací.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Jazyková bariéra u matek hospitalizovaných novorozenců.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Respondentka vidí hlavní rozdíl

v zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, což je v Anglii normální a v KSA chybí. V Anglii jsou rodiče také mnohem lépe informováni o stavu jejich dítěte, zapojují se do diskuze o péči a spolurozhodují o postupu hospitalizace, to ovšem závisí také na větší gramotnosti obyvatelstva.

Způsob komunikace s pacienty: Všímání si výrazů obličeje a řeči těla, k tomu používá pomůcek k hodnocení například stupně bolesti, vyvinuté přímo speciálně pro novorozenecká oddělení. V komunikaci s rodiči se snaží mluvit svými základy arabšiny nebo využívá služeb tlumočnicka.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinky: Respondentka se domnívá, že děti jsou překvapené rozdílným vzhledem sestry cizinky, hraje roli zvědavost, ale převažuje nedůvěra a strach, který zvětšuje opět jazyková bariéra.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka uvádí, že chování dětí se rozhodně mění s délkou hospitalizace a je výraznější hlavně u dětí, které u sebe nemají rodiče nebo rodiče nenavštěvují své dítě dostatečně často. Jejich chování tak demonstruje separační úzkost, narušení spánkového režimu, omezená možnost hry, frustrace, odtažitost, smutek, nakonec až apatie, odtažitost, uzavřenost.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Rozhodně se domnívá, že přítomnost rodičů zlepšuje situaci dítěte v nemocnici a pomáhá mu vyrovnat se s obtížným obdobím, má pocit, že na to není samo. Připomíná také, že by bylo velkou výhodou využívání služeb herního terapeuta, díky kterému mohou děti vyjádřit své pocity a strach skrze hru, a který je v Anglii důležitou součástí ošetrovatelského týmu, ale v KSA tato pozice neexistuje.

5.9 Kazuistika č.8

Pohlaví:	Žena
Země původu:	Filipíny
Věk:	34
Let zkušeností na dětském oddělení v KSA:	4
Pracovní pozice:	Dětská sestra
Typ dětského oddělení/specializace:	Kardiologická JIP

Národnosti kolegů: Filipínci, Malajci, Češi a Slováci, Australané, Maročané, Pakistánci, Saúdové, Egyptané, Súdánci.

Odlišnosti v péči sester různých národností: Práce v multikulturním týmu se respondentce líbí. Ohledně péče se domnívá, že přístup k pacientovi se opravdu liší v závislosti na národnosti sestry a na tom, kde studovala, ale v dané nemocnici je péče sjednocena standardy a požadavky na znalosti sestry, takže nakonec jsou všichni podle jejího názoru schopni podávat stejnou kvalitu péče. Dle jejího názoru také hodně záleží na povaze každé sestry a její citlivosti a vnímavosti vůči druhým, což se nedá naučit.

Nejobtížnější aspekt práce v KSA: Jazyková bariéra a spolupráce s rodinou pacienta.

Srovnání ošetrovatelské péče doma a v KSA: Technicky lepší v KSA. Sestra má také více času na pacienta. Respondentka udává, že na Filipínách je péče více zaměřená na rodinu, rodiče jsou více zapojeni do péče a obecně tráví více času s hospitalizovaným dítětem. Podle jejích slov bylo velmi těžké zvyknout si na skutečnost, že v KSA se často stává, že rodiče své děti navštěvují v nemocnicích jen zřídka, spíše pouze telefonují.

Způsob komunikace s pacienty: Využívá tlumočnicka a vlastní znalosti základů arabštiny.

Reakce dětských pacientů na sestru cizinku: Respondenka se domnívá, že děti se obecně ze začátku obávají neznámé tváře, ale z vlastní zkušenosti ví, že

vlídné slovo, úsměv a snaha o hru si snadno získá důvěru dítěte i přes jazykovou bariéru.

Změny chování a jejich příčiny u hospitalizovaných dětí: Respondentka uvádí, že děti, které jsou hospitalizované delší dobu a podstoupí mnoho nepříjemných výkonů, přestávají důvěřovat všem zdravotníkům, jsou odtažité, ustrašené. Důvodem je podle jejího názoru nejen bolest, ale také odtržení od známého prostředí, nemožnost hrát si s vrstevníky, nedostatek stimulace.

Názor na přítomnost rodičů u hospitalizovaných dětí: Jak již bylo zmíněno, respondentka se těžko vyrovnává s faktem, že v KSA jsou rodiče minimálně zapojeni do ošetrovatelského procesu a domnívá se, že jejich přítomnost by celkově velmi zmírnila traumatizaci dítěte hospitalizací.

5.10 Závěrem kapitoly

5.10.1 Hodnocení hypotéz

1. Podle očekávání se potvrdilo, že všichni dotazovaní respondenti považují za největší překážku práce v KSA jazykovou bariéru a omezené možnosti komunikace jak s dětskými pacienty, tak s jejich rodiči.
2. Hodnocení kvality péče v domovské zemi a v KSA se lišilo dle národnosti, ale dá se říci, že zdravotníci z vyspělých zemí hodnotili péči v KSA buď jako srovnatelnou nebo o něco horší a v takovém případě často poukazovali na nedostatečnou interakci zdravotníků s rodinou pacienta a zapojení rodičů do péče. Hypotéza se tedy nepotvrdila.
3. Hypotéza se nepotvrdila, žádný se zdravotníků se nezmínil, že by sestry jejich vlastní národnosti poskytovaly lepší péči pacientovi, ale 80% z nich přesto uznává, že péče se skutečně liší ve vztahu k národnosti sestry, ovšem spíše v rozdílnosti přístupu než kvalitě samotné.
4. Zde se hypotéza jednoznačně nepotvrdila, všichni dotázaní zdravotníci se domnívají, že přítomnost rodičů nebo případně jiné blízké osoby by

pro dítě byla přínosem a pro zdravotníky by měla být normou. Mnoho sester se spíše pozastavuje nad skutečností, že se v KSA setkaly s faktem, kdy rodiče spíše nemají zájem být hospitalizováni s dětmi.

5. Hypotéza o změně chování hospitalizovaného dítěte se potvrdila ve 100%, kdy jisté změny zaznamenali všichni dotazovaní zdravotníci a udávají k tomu, že nejhlavnějšími příčinami je délka hospitalizace, negativní zkušenosti s bolestí a neznámým prostředím, narušení osobního klidu a spánkového režimu, separace od rodiny a nedostatek hry i ostatní stimulace.

5.10.2 Hodnocení kazuistik

Nutno poznamenat, že všichni respondenti odpovídali na otázky nevyhýbavě a většinou bez delšího přemýšlení, což ukazuje na skutečnost, že se zřejmě již podobnými otázkami sami zabývali nebo si daných dotazovaných skutečností sami všímají. Některé rozhovory byly emotivní a u všech respondentů je patrný zájem o svou práci a zájem o pacienta - zde se rozdíl v národnostech naprosto smazávají.

Při popisu zdravotnictví v KSA se hovořilo v negativním smyslu spíše ohledně systému než péče samotné a sestry z chudších zemí světa si pochvalovaly menší pracovní zátěž sestry mimo péči o pacienta a oceňovaly možnost mít více času na odborné a přímo sesterské úkony. Sestry z bohatších zemí srovnávaly kvalitu zdravotnictví jako víceméně obdobnou, hlavní rozdíl viděly v nedostatečném zapojení rodičů do ošetrovatelské péče o dítě v nemocnici. Velký počet sester bez ohledu na národnost si stěžovalo na nedostatečný zájem rodičů o jejich dítě nebo spíše nezáměr trávit s nimi čas v nemocnici, podle jedné respondentky braly některé matky péči o dítě v nemocnici místo sestry jako zatěžující a vyžadovaly, aby sestra dělala všechnu péči za ně, i přesto, že dítě volalo matku.

Všichni respondenti poukazovali na obrovskou překážku komunikační bariéry, což se týká nejen jazyka, ale také kultury a náboženství a s tím spojená často obtížná interakce s pacienty i rodiči a mnohá nedorozumění. Na tuto skutečnost spontánně poukazovali i respondenti, kteří dobře hovoří arabsky a dokonce i ti islámského vyznání. Při popisování kontaktu s dítětem většina udává, že děti dobře reagují na nonverbální komunikaci, milý tón hlasu a gesta, úsměv a pohlazení, a většina sester se domnívá, že děti nevnímají sestry cizinky jinak než sestry Saúdky, ale záleží na samotném přístupu k dítěti a upřímné snaze sestry navázat kontakt. V tomto ohledu se tedy předpoklad kulturní deprivace nepotvrzuje.

Je bez pochyb, že všichni zdravotníci si všimli více či méně výrazných změn v chování hospitalizovaného dítěte. Závisle na délce hospitalizace se prohlubuje frustrace dítěte v neznámém prostředí plném neznámých lidí způsobujících mu bolest a nepříjemné pocity. Zažívá tak strach a úzkost.

Přesné znění dotazníku, který byl zdravotníkům předložen jako úvodní část komunikace, uvádím v příloze C.

ZÁVĚR

Sjednocený závěr takto rozsáhlého tématu je velmi obtížný. Život a práce zdravotníka v Saúdské Arábii je opravdu všechno jiné jen ne podobné tomu našemu světu, z kterého pocházíme a na jehož pravidla a zákonitosti jsme zvyklí. Národní kultura a náboženství zde určuje celý chod země. Zahraniční pracovníci se proto musí tomuto chodu a pravidlům přizpůsobit, jinak není možné zde vykonávat svou profesi, vlastně ani zde úctyhodně existovat. Saúdská Arábie je země, kde se okolo Islámu točí naprosto všechno. Cokoli Saúdské dělají, pro cokoli žijí, o čemkoli přemýšlejí, co je v budoucnu čeká, o čem smějí snít, všechno se točí kolem jediného – víry. S tím se tedy zákonitě pojí i pravidla zdravotnické péče o saúdského pacienta a hranice mezi přijatelným a nemyslitelným je velmi křehká a je nutné ji znát.

Netolerantnost vůči jiným kulturám a náboženstvím dnes hýbe světem a je nejčastějším důvodem válek a nepokojů. Je velmi nebezpečné hodnotit člověka dle toho, odkud pochází a čemu věří. Volba víry je nejzákladnější lidské právo. Ovšem ve chvíli, kdy je na nás člověk odkázán a stává se naším pacientem, je naše povinnost a profesionalita odhodit vlastní kulturní hodnoty a přesvědčení ve prospěch úspěšnosti péče, s čímž se pojí také psychická pohoda člověka, kterou není možné dosáhnout, pokud by zdravotnickou péči poskytoval zdravotník bez respektu k tomu, čím jsme, čemu věříme a odkud pocházíme.

Zdá se nyní snadné odpovědět na otázku, jak se chovat ve chvílích konfrontace nebo spolupráce osob rozdílného náboženství a kultury a neztratit přitom hodnoty vlastní. Doufám, že po popsání, a tím přiblížení, saúdskoarabské kultury i mentality multikulturního týmu, přichází tato odpověď přirozeně, a zní takto: upřímný, vždy přítomný respekt k druhému člověku. Je jedno, odkud pocházím, jaké je mé náboženství, životní cíle, osobní zkušenosti a tím formované názory na život, barva mé pleti nebo jazyk, kterým hovořím – do té doby, pokud respektuji přesně to samé u druhé osoby, se

kteřou spolupracuji nebo která je odkázána na mou péči, jako součást jeho či její jedinečné osobnosti. Pokud respektuji jedinečnost a individualitu každého člověka, a každý z nás udělá to samé, mohu pohodlně věřit a očekávat, že stejný respekt bude vykazován vůči mě a mé vlastní individualitě. V takovéto ideální situaci, kdy je každý z nás respektován pro to, čím je, nebude mít nikdo nutkání měnit toho druhého a jeho názory. Přeneseně do situace sestřy, pečující o dětského pacienta jiné národnosti to znamená (berme v úvahu, že sestřa je v této situaci ve výhodě vůči pacientovi svou mocí kontroly nad ním), že sestřa bude respektovat hodnoty a víru svého pacienta, i jeho potřeby s tím spojené, nebude je zesměšňovat, podceňovat nebo se je snažit měnit, ale přitom sama neztratí a nebude (nemusí z žádného důvodu) měnit vlastní vnitřní hodnoty, které ovšem svému pacientovi zásadně nevnučuje.

Situace hospitalizovaných dětí je nelehká a prokazatelně traumatizující. Ještě před dvaceti lety lidé věřili, že hospitalizace nemůže ublížit křehké psychice dětí a bylo běžné dokonce nedoporučovat, ba přímo zakazovat, návštěvy rodičů z důvodu rozrušování dítěte a to tak zůstávalo opuštěné a deprimované v neznámém prostředí. Dnes již víme, jak je pro dítě v nemocnici důležitá přítomnost blízkého člověka nebo i donesení si vlastní oblíbené hračky. Bohužel je nutno poznamenat, že Saúdská Arábie i přes veškeré své bohatství a možnost dovolit si technologické vymoženosti i odborníky z celého světa, za tímto poznáním pokulhává a zaostává. Dle vlastního pozorování, i pozorování zpovídaných kolegů, za to velkou měrou může nedostatečné vzdělání a informovanost rodičů, především matek. Využívání chův pro péči o děti v rodinách zde nepochybně hraje další významnou roli, kdy matky nemají kulturou danou potřebu primárně pečovat o své dítě jako je to například běžné v evropských zemích.

Je jednoznačné, a všemi dotazovanými zdravotníky potvrzené, že hospitalizace dětí traumatizuje a čím déle trvá, a čím častěji je dítě vystaveno bolesti, tím hlubší psychologický efekt má na dítě. Děti trpí odloučením, neznámým prostředím s neznámými zvuky a vůněmi, nuceným kontaktem

s cizími lidmi, odebráním kontroly nad situací, zkušeností s bolestí, absencí kontaktu s vrstevníky, zanedbáním školy, narušením spánkového režimu, jedením neznámých jídel. Stávají se apatickými, bez zájmu o okolí nebo jsou plačtivé či agresivní, náladové, depresivní, osamělé, vystrašené, mohou trpět nočními můrami, odmítají jíst, odmítají veškerý kontakt s dospělými, často se začnou výrazně opožďovat ve vývoji a pokud byla hospitalizace a separace od rodičů výrazně dlouhá a traumatizující, mají i v dospělosti potíže s emocionálním připoutáním k druhým osobám, sebekontrolou a emocionální nestabilitou.

Například právě zanedbání školní docházky z důvodu nutnosti nemocničního pobytu se minimalizuje vyučováním dětí v nemocnici. To pomáhá dítěti myšlenkově se odpoutat od nemoci a psychicky ho zaměstná, čímž překlenuje nudu a stereotyp pobytu na lůžku. Navíc dává možnost pocitu normality a postoje k budoucnosti, tedy pozitivní náhled, že po uzdravení bude vše jako dřív. Zde je nezastupitelná role právě speciálního pedagoga, který se výhradně stará o zajišťování vzdělávání dětí v nemocnicích, a který rozumí jejich změněné a náročné životní situaci, jež samozřejmě vyžaduje rozdílný přístup při vzdělávání, kdy se psychické zatížení dítěte musí brát v úvahu při sestrování studijního plánu i celkovém přístupu. Je tedy nutné, aby speciální pedagog pracující s dětmi v nemocnicích věděl, jaké změny se s dítětem odehrávají, jak pobyt vnímá, co ho nejvíce traumatizuje, jak se dá negativní vliv hospitalizace minimalizovat a jak daná situace působí na celkové možnosti dítěte.

Mluvíme-li o multikulturním zdravotnickém týmu, neprokázalo se, že by péče cizinců traumatizovala děti více než hospitalizace samotná a kontakt s neznámými osobami obecně. V tomto ohledu se děti zdají flexibilnější než dospělí, kteří vnímají jazykovou bariéru, a neschopnost se domluvit, citlivěji. Někdy je tato skutečnost frustrující více pro personál než pro pacienty, se kterými vždy komunikuje arabsky mluvící lékař nebo překladatel.

Ani fáze kulturního šoku a prvotní adaptace v novém prostředí naštěstí neovlivňuje kvalitu péče o pacienta, a to především díky vypracovanému systému zaučování, kdy nové sestry pouze stínují činnosti zkušené sestry a k vlastní péči se dostanou až v době, kdy jsou dostatečně adaptovány, seznámeny s prostředím, novou rolí a hlavně po absolvování mnoha školení, přezkušování a prověřování jejich znalostí. V tomto smyslu se dá i tvrdit, že rozdíly v kvalitě péče v závislosti na národnosti sestry se smazávají právě díky výše uvedenému školícímu a testovacímu systému. Z dotazníku i vlastního pozorování vyplývá, že tento systém sice sjednocuje znalosti sester a jejich schopnost odborných výkonů, ale přesto nedokáže změnit přístup a pojetí ošetrovatelské péče, ani vnímání detailů či potěšení z povolání zdravotníka, což je všechno velmi podmíněno kulturou, ze které jedinec pochází, náboženstvím, ke kterému se hlásí, individuální povahou sestry a v neposlední řadě tím, jakou pozici a statut má zdravotník v zemi jejich původu, tedy vlastní sebepojetí zdravotníka. Toto všechno tedy vypovídá o faktu, že národnost rozhodně a prokazatelně ovlivňuje celkovou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

U vážně nemocných dětí nemůžeme omezit nutnost jejich léčby a s tím spojené i bolestivé nebo nepříjemné výkony, ale mimo zkácení pobytu v nemocnici na opravdu nezbytně dlouhou dobu existují ještě tři další jednoznačná doporučení pro zlepšení situace a pocitů dětí v nemocnici. Těmi jsou seznámení dítěte s plánovanou hospitalizací předem, účinné a včasné tišení bolesti a stálá přítomnost blízké osoby, která dítě dobře zná a ví, co má rádo a jak jej rozveselit. Řešení je to zdánlivě jednoduché, ale jeho realizace podléhá mnoha faktorům jako je přizpůsobivost nemocnice a samotného oddělení, závažnost zdravotního stavu dítěte, ochota personálu a především možnosti rodičů a jejich schopnost či ochota zapojit se do ošetrovatelského procesu. Bohužel v Saúdské Arábii se mnoho zdravotníků setkalo se zkušeností malého zájmu rodičů o možnost zůstat s dítětem v nemocnici. Zde hraje roli zaučování a informovanost rodičů ze stran zdravotníků, která je ale bohužel navíc ovlivněna jazykovou, a v nemalém rozsahu i kulturní, bariérou. Nicméně

je povzbuzující, že možnosti změny rozhodně existují, nyní záleží opravdu jen na každém z nás aplikovat je v praxi a podílet se tak na prevenci mnoha možných psychických problémů v budoucím dospělém životě dnešních dětí, traumatizovaných v nemocnicích nejen svým zdravotním stavem, ale ve stejné míře zkušeností se samotnou hospitalizací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BALAŠOVÁ Jana, *Kapitoly z logopedie*. 1.vydání Praha:UJAK, 2002. ISBN 80-86723-05-4.

ČERNÁ Marie a kol., *Česká psychopedie, Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1.vydání, dotisk, Praha:Nakladatelství Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

DEBROFF, Stacy, *The Mom's Book*. 1.vydání New York, USA:Free Press, Mm Central, Inc., 2002. ISBN 0-684-87146-7.

IBRAHIM Abdullah, *A Brief Illustrated Guide to Understanding Islam*. 2.vydání Houston, Texas, USA: Darussalam Publishers and Distributers, 1997. ISBN 9960-34-011-2.

KLIEGMAN R., BEHRMAN R., JENSON H. et al., *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18.vydání Philadelphia, USA, 2007. ISBN 13: 978-1-4160-2450-7.

LACEY Robert, *Inside Kingdom*, 1st ed. 2009, ISBN v době čtení nepoznamenan.

LANGMAIER J., KREJČÍŘOVÁ D., *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1284-9.

Lékařská poradna online

http://www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/childrenhospital.htm 3.8.2011 ve 22:23

MILICHOVSKÝ Luboš, *Kapitoly ze somatopedie*. 1.vydání Praha:UJAK, 2010. ISBN 978-80-7459-001-3.

MURKOFF, Heidi, *What To Expect The First Year*. 2.aktualizované vydání New York, USA: Workman Publishing, 2005. ISBN 978-1-7644-8862-0.

MURKOFF, Heidi, *What To Expect The Toddlers Years*. 2.aktualizované vydání New York, USA:Wokman Publishing, 2009. ISBN 978-0-7611-5214-9.

NEWBURGER, Jane, *Experience Journal*. Online odpovídání rimářky dětské kardiologie na otázky rodičů hospitalizovaných dětí.

<http://www.experiencejournal.com/cardiac/clinic/newburger4.shtml> 8.8.2011 ve 13:06

PEAS Allan, Peas Barbara, *Řeč těla*. 1.vydání Praha:Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-449-6.

Poradna pro rodiče online

http://www.gosh.nhs.uk/gosh_families/coming_to_gosh/coping_child.html
5.1.2011 v 8:54

Prince Sultan Cardiac Center – Employee Handbook, Medical Services Directorate. 2008. ISBN nevedeno.

PRINCE SULTAN CARDIAC CENTER, *Sesterské kompetence: Hodnocení fyzického vyšetření, Péče o ventilovaného pacienta, Hodnocení bolesti, Komunikace*. Dotisk a kontrola periodicky každé dva roky, Rijád:PSCC, 2010. ISBN nevedeno.

Questions and Answers about Islam. Guidebook. 2002. Jeddah Islamic Activist Group. ISBN nevedeno.

Riyadh Today 2010. Guidebook, Chamber of Commerce and Industry. 2010. ISBN nevedeno.

RYŠLINKOVÁ Markéta, *Česká zdravotní sestra v arabském světě, Multikulturní ošetřovatelství v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-427-2856-8.

VAN HORN, Melissa et al., *Helping Your Child With Medical Experiences: A Practical Parent Guide*. 1.vydání Massachusetts:Children´s Hospital Boston, 2003. ISBN neuvedeno.

Zkušenosti dětí s pobytem v nemocnici (opakované vstupy)

<http://www.childrenwebmag.com/articles/early-years/a-childhood-experience-of-hospital-hospital-care-separation-anxiety> 15.6. 2011 v 15:47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Fotografie z nemocnic v KSA.....I

Příloha B – Příběh osobní negativní zkušenosti s hospitalizací
v dětství a její trvalý vliv v dospělosti.....V

Příloha C – Dotazník.....VII

PŘÍLOHA A: FOTOGRAFIE Z NEMONIC V KSA



Foto č.1 – pracovní tým kardiologické JIP v nemocnici Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh



Foto č.2 – Prostředí dětské kardiologické JIP v nemocnici Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh



Foto č.3 – personál operačního sálu nemocnice Prince Sultan Cardiac Center,
Riyadh



Foto č.4 – tým na dětské kardiologické JIP v nemocnici Prince Sultan
Cardiac Center, Riyadh



Foto č.5 – tým u pacienta na dětské kardiologické JIP v nemocnici Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh



Foto č. 6 – tým u pacienta na dětské kardiologické JIP v nemocnici Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh



Foto č.7 – tým při výkonu na katetrizačním sále v nemocnici Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh

PŘÍLOHA B: PŘÍBĚH OSOBNÍ NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI S HOSPITALIZACÍ V DĚTSTVÍ A JEJÍ TRVAJÍCÍ VLIVY V DOSPĚLOSTI

Tuesday, April 1st, 2008 by **Sir William Utting**

Illness disrupted my childhood in 1934, when I was three. Acute stomach pains were initially diagnosed as colic. The pain became so intense that my parents had to carry me to bed on a board because my body could not tolerate bending. I was eventually admitted to hospital and remember being held down by masked nurses while an anaesthetic was administered – a terrifying experience. I also thought that this was part of the process of dying. I had heard much about death as a small child. My parents were of the generation that became familiar with death during the Great War of 1914-18, and my aunts often whispered about friends afflicted by cancer.

The surgeon's exploratory operation revealed a ruptured appendix and the onset of peritonitis. Appendicitis was then more difficult to diagnose and treat than it is now, and was often fatal when peritonitis had set in. I was fortunate to survive, and have since had a sense of being allowed a second chance at life. My mother was pleased to attribute my survival to a nurse's comment about the quality of her care for me.

I spent a long month in hospital, not knowing when – or whether – I might go home, in pain or discomfort for much of the time, lonely, isolated and depressed. One memorable incident was the removal of the stitches from my large stomach wound. The flesh had healed around them so well that taking them out caused both pain and an associated sensation of tugging within my body. I discovered in later life a tendency to go into shock at the sensation of an instrument moving inside me, which I attribute to this early experience.

I became so depressed that I was unable to call for help one day when I had been placed in a chair so close to an electric fire that my grey hospital dressing-gown began to scorch. Much of the problem sprang from the hospital policy, universal at the time, of not allowing parents to visit, presumably on the grounds that the children became upset when they left. In addition to experiencing physical pain and discomfort, I was also deprived of the love and presence of my parents. They were allowed to stand at the ward doors and look at me through their porthole windows. I sometimes feel that I stand behind them viewing the tiny child that I was, seated in a large chair.

I left hospital with a long scar at the right side of my stomach, with stitching on both sides that grew in adult life to resemble the legs of an enormous insect. The scar is roughened and enlarged at the base, where the wound was drained

because of an abscess. The psychological scars are equally enduring. Photographs taken before and after the operation show a sturdy, fair-haired boy changed into a pinch-faced waif apparently absorbed in tormenting inner thoughts. I suffered night terrors for several years, with one particular recurring death dream. I became a compulsive nail-biter. Well into adult life the old-fashioned disinfectant smell of hospitals reawakened my childhood anxiety to the extent, occasionally, of disorientation. I still take care to explain to doctors that I was traumatised by childhood surgery in case the terrified three-year-old inside me reacts badly to a simple procedure.

Of course, what happened to me hardly compares with the years some of my contemporaries spent in hospitals for the treatment of orthopaedic problems or tuberculosis, or with the institutional experiences of profoundly disabled children such as my late friends Margaret and Jack Wymer.

John Vaizey, in *Scenes from Institutional Life*, gives a moving account of the impersonal cruelty of such regimes, and of the apparent indifference and occasional sadism of some of the staff. I can only admire the courage and steadfastness of those who survived such experiences.

Sir William Utting was Chief Inspector of Social Services. Among many other distinguished roles, he served on the Nolan Committee and was author of People Like Us.

PŘÍLOHA C: DOTAZNÍK

Anglická verze:

1. How long have you been working in pediatric department in KSA and what is its specialty?
2. What is your nationality?
3. What nationalities are your colleagues?
4. How do you find working with colleagues of other nationalities, do you see any difficulties in it? Do you think the quality of care is dependant on the nurses's nationality and why?
5. What is, in your opinion, the most difficult part of pediatric nursing in KSA?
6. How would you compare the nursing care in your home country and in KSA?
7. What are your ways of communication with the child and his/her parents in KSA?
8. Do you think the children react negatively to being nursed by a foreigner?
9. Do you note any changes in child's behaviour and development when hospitalized for longer time? If so, what do you think is causing it?
10. Do you think that constatnt or more frequent presence of child's parents would improve his/her coping with the hospital environment as well as his/her health condition?

Česká verze:

1. Jak dlouho a na jakém dětském oddělení v KSA pracujete?
2. Jaká je vaše národnost?
3. Jaké národnosti jsou Vaši kolegové?
4. Jak se Vám s kolegy různých národností pracuje a vidíte v tom nějaké obtížnosti? Domníváte se, že kvalita ošetrovatelské péče je závislá na národnosti sestry a proč?
5. Co je, podle Vašeho názoru, nejobtížnější aspekt práce na dětském oddělení v KSA?
6. Jak byste srovnali obecnou kvalitu ošetrovatelské péče doma a v KSA?
7. Jaké jsou Vaše způsoby komunikace s dětskými pacienty in KSA?

8. Domníváte se, že děti reagují na sestru cizinku negativně?
9. Pozorujete nějaké změny chování nebo vývoje u dětí, které jsou dlouhodoběji hospitalizované? Pokud ano, co je podle vašeho názoru důvodem?
10. Myslíte si, že nepřetržitá nebo častější přítomnost rodičů by dětem pomohla ve vyrovnávání se s pobytem v nemocnici a nemocí vůbec?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Markéta Wright

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Vliv hospitalizace na vývoj dítěte, komunikace a přístup v prostředí multikulturního ošetrovatelství Saúdské Arábie

Rok: 2011-2012

Počet stran: 79

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 6

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 15

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: Ing. Pavel Hradecký, Ph.D.