

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Jitka Šimová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Jitka Šimová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KOMPARACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V SAUDSKÉ
ARÁBII A ČR V AMBULANTNÍM SEKTORU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

PLZEŇ 2014

Oficiální zadání

Prohlášení:

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

V Plzni dne 13.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Soně Loudové za odborné vedení práce, za cenné rady a připomínky. Dále děkuji rodině za trpělivost a pochopení.

Anotace

Příjmení a jméno: Šimová Jitka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Komparace ošetřovatelské péče v Saudské Arábii a ČR v ambulantním sektoru

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Loudová

Počet stran číslované: 75, nečíslované: 28

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: multikulturní ošetřovatelství, ambulantní sektor, islám v ošetřovatelství, indikátory kvality ošetřovatelské péče, kulturní rozdíly.

Souhrn: Bakalářská práce se věnuje porovnání úrovně ošetřovatelské péče v ambulantním sektoru v Saudské Arábii a v České republice. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zmiňuje o důležitosti multikulturního přístupu v ošetřovatelství. Dále nás informuje o systému zdravotní a ošetřovatelské péče v Saudské Arábii a u nás. Pomocí indikátorů kvality ošetřovatelské péče popisuje fungování ambulantních sektorů v obou odlišných zemích. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkumné šetření.

Annotation:

Surname and name: Šímová Jitka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: A comparison of nursing care in outpatient departments of Saudi Arabia and the Czech Republic

Consultant: Mgr. Soňa Loudová

Number of pages numbered: 75, unnumbered: 28

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 46

Key words: multicultural nursing, outpatient department, Islam in nursing, indicators of nursing care quality, cultural differences.

Summary: This thesis deals with a comparison of nursing care in outpatient departments of Saudi Arabia and the Czech Republic. The bachelor's thesis is divided into two sections. The theoretical section provides information about importance of multicultural nursing in nursing care. It also mentions the health system and the system of nursing care in Saudi Arabia and in our country. Using indicators of quality nursing care describes the functioning of ambulatory care systems in the two different countries.

The practical part consists of qualitative research.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Multikulturní ošetrovatelství	11
1.1 Potřeba multikulturního přístupu v ošetrovatelství v České republice	12
2 Systém zdravotní péče v Saúdské Arábii	14
2.1 Historie King Faisal Specialist Hospital and Research Center	16
2.2 Současnost King Faisal Specialist Hospital and Research Center	17
2.3 Organizace ošetrovatelské péče	18
2.4 Ambulantní sektor	20
3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru v Saúdské Arábii	22
3.1 Čekací doba pacienta, prostředí čekárny	22
3.2 Objednávání pacientů	23
3.3 Respektování soukromí pacienta	24
3.4 Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu	25
3.5 Připravenost sester na akutní příhody	25
3.6 Pracovní podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče – spokojenost sester	25
3.7 Jazyková připravenost pro komunikaci s pacienty	27
3.8 Edukace pacienta	27
3.9 Vystupování ošetrujícího personálu	28
4 Systém zdravotní péče v České republice	30
4.1 Poskytování zdravotnické péče v nestátních zdravotnických zařízeních	32
4.2 Historie Nemocnice, akciová společnost Klatovy	33
4.3 Současnost Nemocnice, akciová společnost Klatovy	33
4.4 Organizace ošetrovatelské péče	34
4.5 Ambulantní sektor	35
5 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru v České republice	36
5.1 Čekací doba pacienta, prostředí čekárny	36
5.2 Objednávání pacientů	36
5.3 Respektování soukromí pacienta	36
5.4 Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu	36
5.5 Připravenost sester na akutní příhody	37

5.6 Pracovní podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče-spokojenost sester	38
5.7 Jazyková připravenost pro komunikaci s pacienty	38
5.8 Edukace pacienta	39
5.9 Vystupování ošetřujícího personálu	40
5.10 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v nestátních zdravotnických zařízeních	41
Praktická část.....	42
6 Formulace problému.....	42
7 Cíl výzkumu	42
7.1 Dílčí cíle	42
7.2 Výzkumné otázky	43
8 Druh výzkumu a výběr metodiky	43
8.1. Metoda.....	43
8.2 Výběr respondentů.....	43
8.3 Způsob získávání informací	44
9 Analýza a interpretace získaných údajů	45
9.1 Respondent A se zkušeností z České republiky	45
9.2 Respondent B se zkušeností z České republiky	48
9.3 Respondent C se zkušeností z České republiky	50
9.4 Respondent D se zkušeností z České republiky	52
9.5 Respondent E se zkušeností z České republiky.....	54
9.6 Respondent A se zkušeností ze Saúdské Arábie	57
9.7 Respondent B se zkušeností ze Saúdské Arábie.....	60
9.8 Respondent C se zkušeností ze Saúdské Arábie.....	62
9.9 Respondent D se zkušeností ze Saúdské Arábie	65
9.10 Analýza rozhovorů	68
10 Diskuze	75
Závěr.....	82
Seznam zdrojů	
Seznam použitých zkratk	
Seznam příloh	

Úvod

Pojem „arabský svět“ může u většiny lidí evokovat nepříjemný pocit. Vybaví se jim negativní informace o teroristech, náboženských fanaticích a degradovaném postavení žen. Já arabský svět nevnímám jako dobrý nebo špatný, je jednoduše jiný.

Chování, zvyklosti a myšlení lidí běžné pro obyvatele Saúdské Arábie, nemusí být běžné pro nás a naopak, což platí i pro oblast zdravotnictví.

Téma bakalářské práce „Komparace ošetrovatelské péče v Saúdské Arábii a České republice v ambulantním sektoru“ jsem si vybrala z vlastního zájmu o tuto problematiku, jelikož z osobní zkušenosti vím, že fungující a bezproblémový ambulantní sektor není snadné vytvořit. Dalším důvodem byl můj pracovní pobyt v Saúdské Arábii, kde jsem nastoupila na ORL kliniku nemocnice King Faisal Specialist Hospital and Research Center (KFSH & RC) v hlavním městě Rijádu jako sestra s ORL specializací.

Ke zvolení tématu mi napomohla i moje profesní zkušenost z ambulantního systému u nás. V teoretické části bakalářské práce popisují fungování systému zdravotní péče a ošetrovatelské péče v Saúdské Arábii a v České republice v ambulantním sektoru. Mnou zvolené indikátory kvality ošetrovatelské péče, například respektování soukromí pacienta, čekací doba pacienta, prostředí čekárny nebo připravenost sester na akutní příhody, používám k přinesení informací o jednotlivých částech ambulantního sektoru. Systému ambulantní péče v Saúdské Arábii věnuji více prostoru, jelikož zde z přímé zkušenosti zmiňuji i specifika ošetrovatelské péče o muslimské pacienty. Specifika ošetrovatelské péče o muslimské pacienty tvoří totiž nedílnou součást k pochopení fungování celého ambulantního systému v Saúdské Arábii.

Praktická část bakalářské práce má výzkumný charakter a týká se porovnání ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru v obou zemích. Hlavním cílem práce je na základě porovnání obou ambulantních systémů odhalit rozdíly v jejich fungování. Získané rozdíly pak analyzovat a identifikovat možné poznatky a inspiraci pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás. Předmětem mého zájmu je identifikovat nové poznatky z porovnání připravenosti sester na akutní příhody, z porovnání pracovních podmínek pro vykonávání ošetrovatelské péče a spokojenosti sester, z porovnání poskytování edukace pacientům a v neposlední řadě z porovnání jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacientem. Pro zpracování výzkumné části jsem zvolila kvalitativní výzkum, konkrétně techniku polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickým personálem s pracovní zkušeností z ambulantních sektorů z výše zmíněných zemí.

K napsání práce s touto tematikou mě vedla mimo jiné i snaha zvýšit zájem českých sester o problematiku multikulturního ošetřovatelství u nás a přiblížit jim důležitost pochopení mentality, myšlení a potřeb muslimských pacientů, čemuž věnuji první kapitulu v teoretické části.

Být zdravotníkem je profese, která nezná zeměpisné hranice. Znáte-li jazyk, můžete pracovat kdekoli na světě, a domů pak přinést nové poznatky.

Teoretická část

1 Multikulturní ošetřovatelství

Motto: “ Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči ”(1, s. 6; 5, s. 2).

Madeleine Leiningerová

Multikulturní ošetřovatelství je teoretický i praktický obor zaměřený na rozdíly v péči o jedince jednotlivých kultur, kteří mají své specifické hodnoty a životní zvyklosti. Cílem multikulturního ošetřovatelství je poskytovat vhodnou a účinnou podporu a pomoc ve zdraví a nemoci při respektování specifik každého cizince. Účelem multikulturního ošetřovatelství je naplnit lidské potřeby tak, aby klient neměl potřebu odmítnout spolupráci, aby nepocíťoval nespokojenost, pokoření, ponížení a zachoval si svou důstojnost a sebekoncepci. K tomu jsou potřeba, jednak vědomosti sestry o multikulturní oblasti, ale i citlivost a vnímavost sester vůči potřebám klientů z cizích zemí či odlišných etnik a pochopení těchto klientů. Faktory, které ovlivňují multikulturní ošetřovatelství, jsou požadavky kulturních menšin na adekvátní péči, zájem o zdraví, léčbu a pocit pohody u klienta, rodin, skupin. Patří sem i holistický přístup k nemocnému, porozumění sobě samému, úzká spolupráce s nemocným a vzájemná interakce. A v neposlední řadě i hodnocení zdravotního stavu a očekávání nemocného (4, s. 53).

Multikulturní ošetřovatelství se rozvíjí celosvětově přes 50 let. U jeho zrodu stála a stále je aktivní prof. Madeleine Leiningerová. M. Leiningerová je certifikovaná transkulturní sestra, získala doktorát z filozofie, humanitních věd, je činná jako vědecká pracovnice americké ošetřovatelské akademie, vědecká pracovnice australské ošetřovatelské Royal College. Má za sebou bohatou „sesterskou“ i výzkumnou minulost. Madeleine Leiningerová pracovala s dětmi různých národností, jednalo se o africké, mexické, židovské, německé děti. Všimla si různých odlišností, způsobu výchovy, postoje k lékům, děti se lišily v oblíbených jídlech, spánkovém a odpočinkovém režimu.

Madeleine Leiningerová vytvořila teorii, kterou nazvala: Teorie kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné) péče. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společenských a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče (4, s. 66).

Multikulturními teoriemi se dnes zabývají na celém světě odborníci z mnoha vědních disciplín, psychologové, filozofové i zdravotníci. Spojené státy americké jsou zemí, která má s multikulturním přístupem nejdelší a nejbohatší zkušenosti (3, s. 9).

1.1 Potřeba multikulturního přístupu v ošetrovatelství v České republice

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila v Amsterdamu 28.-30.3. 1994 dokument „Principy práv pacientů v Evropě“: Všeobecný rámec. Jde o soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů členských zemí EU. Dokument se zmiňuje o nutnosti respektovat kulturu pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (3, s. 12).

Vzhledem k tomu, že byla naše země přijata do EU, předpokládá se, že se bude měnit národnosti, kulturní a etnická struktura populace. V současné době se mění struktura i počet migrantů, nejsme již zemí prvního kontaktu (s výjimkou letecké dopravy). Předpokládá se postupný nárůst cizinců pobývajících na našem území – práce, studium, turistika. Lze též předpokládat podíl našich zdravotníků v různých mezinárodních pracovních skupinách, např. vojenských či humanitárních (4, s. 52).

V ČR se usídlují lidé z jiných kontinentů, příslušníci jiných kultur i náboženství. Etnická paleta populace žijící v současné České republice je pestrá, většina Čechů však není zcela připravena na soužití s jinými etniky. Celosvětový vývoj a neustále narůstající počet cizinců v České republice se stal impulsem pro vznik a rozvoj multikulturní ošetrovatelské péče i u nás (3, s. 12).

V ČR se problematika transkulturního ošetrovatelství poprvé veřejně prezentovala v roce 2000 na druhé konferenci ošetrovatelství s mezinárodní účastí v Olomouci. Konference nesla název „*Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*“ a účastnili se jí profesionálové oboru ze šesti evropských zemí (4, s. 52).

„Český“ přístup je v současné době ve stadiu hledání. Léta 2000-2004 znamenají v ČR otevření diskuse a obrácení pozornosti zdravotníků k problematice multikulturní ošetrovatelské péče (3, s. 14).

Je důležité, aby se český zdravotnický systém připravil na větší diverzifikaci klientů (různorodost kulturní, národnostní, etnickou apod.) Tato připravenost se týká mnoha oblastí, legislativní, politické, vzdělávací, ale i oblasti ošetřovatelství (4, s. 52).

Kvalita ošetřovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb pacientů, vyžadující erudovaný ošetřovatelský personál s odpovídajícími znalostmi a dovednostmi (3, s. 14).

Z čehož vyplývá potřeba naučit sestry (dostatek literatury, hodiny ve školách, vzdělávací semináře v rámci celoživotního vzdělávání aj.) kvalitně ošetřovat nemocné jiných kultur, etnik, s odlišnými potřebami a prioritami (4, s. 52).

Příběh z arabského světa: (pro pochopení, jak odlišné jsou zvyky jiných kultur)

Americká farmaceutická společnost, vyrábějící léky proti bolestem hlavy, nechala zhotovit plakáty a billboardy, na kterých byl zobrazen (zleva doprava) plačící chlapec s ovázanou hlavou, zázračná pilulka a veselý chlapec. Obrázek nám sděluje: bolí mě hlava - vezmu si prášek - je mi dobře. Reklama byla úspěšná až do doby, než byla prezentována ve Spojených arabských emirátech. Léky se přestaly prodávat. Proč? Neúspěch reklamy je spojen s odlišnou kulturou. Plačící obličej je urážkou arabských mužů? Obličej musí být zahalené? Arabové odmítají vše, co pochází z Ameriky? Může vás napadat spousta důvodů. Pravdou je ale, že arabové čtou zprava doleva, chápali tedy obrázek následovně: je mi dobře – vezmu si pilulku – začne mě bolet hlava. To znamená, že odlišné kulturní zázemí má podstatný vliv na chování člověka. Chceme-li lépe rozumět zdraví a nemoci v kontextu kultury, je nezbytné hlubší pochopení života lidí v odlišných kulturách. Tyto faktory totiž mění prožívání a vnímání zdravotních problémů (2, s. 237).

Vzdálenosti se zkracují, lidé migrují a muslimky a muslimové mohou žít často vedle nás v našem sousedství. V nejbližších desetiletích bude jejich počet stoupat (9, s. 10).

V současné době je odhadován počet muslimů v České republice na 20 tisíc (20, s. 22).

Dnes se s nimi setkáváme v našich nemocničních zařízeních, ambulancích a frekvence kontaktů bude narůstat. Znalost jejich základní kultury případně systému zdravotnické péče bude brzo jednou ze základních povinností vysokoškolsky erudované sestry (17, s. 22).

2 Systém zdravotní péče v Saúdské Arábii

V Saúdské Arábii panuje autokracie, existuje zde zavedený panovnický režim, který spočívá na tradičních pilířích obyčejů, zvyků a hlavně na náboženství. Zde se zakládá právo a zákony výslovně na Koránu a muslimské tradici. Saúdská Arábie je považována za „svatou zemi islámu“ (14, s. 109, s. 167).

Rok tu mají 1434, řídí se tu podle jediného čistě lunárního kalendáře na světě. Jde o islámský kalendář, který začal v měsíci a roce, ve kterém se prorok Mohamed přestěhoval z Meky do Mediny. Řídí se fázemi měsíce. Má 354 nebo 355 dnů a dvanáct měsíců. V praktickém životě saúdové používají islámský i mezinárodně uznávaný kalendář gregoriánský (8, s. 194-195).

Založení moderního zdravotního systému bylo jedním ze Saúdsko arabských nejohromujících úspěchů. Před založením Království Saúdské Arábie v roce 1932, zdravotní péče byla poskytována pouze místními léčiteli (16).

Ministerstvo zdravotnictví „*Ministry of Health*“, je zodpovědné za dohled nad zdravotní péčí v nemocnicích ve veřejném i soukromém sektoru. Systém nabízí univerzální pokrytí zdravotní péče. Zdravotní systém zde má dvě úrovně. První úroveň je síť primárních zdravotních center a klinik, které provádějí preventivní, prenatální a akutní péči, tak jako mobilní kliniky pro vzdálené venkovské oblasti. Druhá úroveň je reprezentována nemocnicemi a specializovanými léčebnými zařízeními umístěnými v městských oblastech. V roce 1970 byl vytvořen první plán-podporovat rozvoj v mnoha oblastech, včetně zdravotní péče. Pro zdravotnictví tento plán znamenal vybudování nezbytné infrastruktury nemocnic, klinik, lékáren, laboratoří a výzkumných center a najímání kvalifikované pracovní síly ze zahraničí. Jejich úkolem byla zároveň motivace profesního růstu vlastního obyvatelstva ve zdravotnictví. Transformace saúdského zdravotnického systému měla neuvěřitelně raketový vzestup. V roce 1970 stálo 74 nemocnic se zhruba 9 039 lůžky. Současné statistiky z Ministerstva zdravotnictví pro rok 1431 (islámský kalendář) tedy pro rok 2009 ukazují celkové množství 415 nemocnic s 58 126 lůžky v SA (15,16).

Země má také 16 státních a 5 soukromých vysokých zdravotnických škol, 12 státních a 7 soukromých stomatologických vysokých škol a 15 státních a 6 soukromých farmaceutických škol. Ministerstvo zdravotnictví provozuje 62% nemocnic a 53% klinik a

center, zbývající zařízení jsou provozována státními agenturami, včetně ministerstva obrany, ministerstva vnitřních věcí, Národní gardou atd. (15).

V Saúdské Arábii existuje pět typů zdravotnických zařízení.

Přehled zařízení:

- 1) Zařízení ministerstva zdravotnictví – ty slouží široké veřejnosti, jsou umístěné ve velkých i malých městech Saúdské Arábie.
- 2) Vojenské nemocnice – slouží příslušníkům Saúdsko arabských ozbrojených sil a členům jejich rodin, podle pobočky armády ve které slouží.

Existují dvě seskupení, která vojenské nemocnice spravují. Prvním je Saúdsko arabská národní garda (Saudi Arabian National Guard) neboli SANG. Jde o pobočku armády, která se zabývá obranou proti vnějším i vnitřním hrozbám. SANG spravuje 4 vojenské nemocnice, které poskytují péči vojákům Saúdsko arabské národní gardy a členům jejich rodin. Náleží sem King Abdulaziz Medical City - Riyadh (690 lůžek) nebo King Abdulaziz Medical City - Jeddah (350 lůžek) dále King Abdulaziz Medical City - Dammam (112 lůžek) a posledním je King Abdulaziz Medical City – Al Ahsa (300 lůžek). SANG také provozuje kliniky v Rijádu a Taifu.

Druhým seskupením je Saúdsko arabské Ministerstvo obrany a letectví (Saudi Arabian Ministry of Defence and Aviation – MODA). MODA – poskytuje obranu především proti vnějším hrozbám. Patří sem Saúdsko arabská armáda, Královské Saúdské námořní síly, Královské Saúdské letecké síly, Královská Saúdská letecká obrana. MODA provozuje 9 vojenských nemocnic, které poskytují péči vojákům z MODA a jejich členům rodiny. Jde například o Riyadh Armed Forces Hospital s 1 100 lůžky nebo známý Prince Sultan Cardiac Center, Riyadh se 150 lůžky atd.

- 3) Ministerstvo vnitřních věcí – to slouží členům Ministerstva vnitřních věcí, včetně policie a celníků. Zde je příkladem Security Forces Hospital , Riyadh – s 500 lůžky.
- 4) „Refferals hospitals“ – Nemocnice s terciární péčí. Každý občan může být odeslán do těchto nemocnic pro specializovanou péči.

Mezi tyto nemocnice se řadí právě KFSH & RC – Riyadh se svými 894 lůžky a jeho pobočka v Jeddah s 320 lůžky.

A posledním pátým typem jsou soukromá zařízení.

5) Soukromá zařízení – v Saúdské Arábii je pouze několik soukromých zařízení. Například jde o Saudi Aramco Hospital v Dhahranu a v Al Hasa, který slouží zaměstnancům ropné společnosti Aramco (15).

Ve financování zdravotní péče v Saúdské Arábii existuje, mimo úhrad z pojišťoven a od samoplátců, sponzoring ze strany bohatých občanů. Dar se dá považovat v podstatě za náboženskou daň „*zakát*“ nebo otázku prestiže ve společnosti. V Saúdské Arábii se totiž neplatí daň z příjmu (10).

„*Zakát*“ nebo-li almužna či očista, tvoří třetí z pěti pilířů islámu. Almužna je chápána jako vrácení části majetku, který Alláh umožnil člověku získat. Jde o rozdávání přebytků ostatním věřícím. Jedná se o část majetku, kterou má odvést každý dospělý muslim jako odpuštění před Bohem za svou touhu vlastnit. Vnímá se jako vrácení části majetku, který Bůh pomohl získat muslimovi. Díky této platbě je zbytek majetku člověka nábožensky a právně čistý. Platí se každoročně. Je zvykem ji poskytnout během největších islámských svátků. Původně byl „*zakát*“ určen chudým, postupem času se stal daní používanou na sociální účely (8, s. 45; 18, s. 53; 19, s. 159-161; 20, s. 22).

V samotné Saúdské Arábii musíme odlišit státní nemocnice od soukromých. V soukromých nemocnicích jde hlavně o byznys a ostatní aspekty, včetně léčby pacienta, jdou stranou. Státní nemocnice jsou financovány ze státních zdrojů a stát vlastní velké ropné bohatství, což pro pacienty znamená dostupnou péči bez ohledu na to, zda si platí zdravotní pojištění či ne. Bohužel to platí pouze pro občany Saúdské Arábie. Ne však pro cizince, kteří tvoří podstatnou část saúdskoarabské ekonomiky. Cizinci jsou zde odkázáni pouze na soukromé nemocnice, kde je poskytována péče všem pacientům bez rozdílu. Náročnější výkony jako transplantace, operace srdce, lze provést pouze ve státních nemocnicích, což handicapuje cizince, kteří zde žijí desítky let a platí zdravotní pojištění, ale nemají nárok například na zařazení do čekací listiny pro transplantaci orgánů (10).

V současné době mají saúdové přístup do tisíců nemocnic a klinik. Vysoce odborné chirurgické výkony, kardiochirurgické výkony jako jsou výkony na otevřeném srdci nebo transplantace orgánů, jsou rutinně vykonávány v saúdskoarabských nemocnicích. Pracují zde zdravotničtí profesionálové, kteří splňují ty nejvyšší mezinárodní standardy (16).

Zdravotnictví zde bylo vybudováno na klíč, to znamená, že představitelé USA a Velké Británie vybudovali na zdejším území nemocnice, fungující na naprosto stejném systému a standardech, jako je tomu v USA či Velké Británii a zaměstnali v nich odborníky, kteří posléze vybrali zkušené zdravotníky z různých zemí světa (13, s. 24).

2.1 Historie King Faisal Specialist Hospital and Research Center

Samotná nemocnice KFSH & RC byla založena v roce 1975. Provoz byl zahájen v roce 1978 (dříve byli pacienti na léčení odváženi do Velké Británie nebo USA). Od svého počátku nemocnice chtěla být nejlepší v království a v okolních státech a to se jí podařilo. K původním budovám přibývají nové pavilony, které splňují současné náročné požadavky včetně vybavenosti pomocí nejmodernějších zdravotnických přístrojů. Celosvětová problematika nedostatku zdravotních sester se dotýkala i Saúdské Arábie. Zde to bylo o to horší, že měli minimum sester z vlastní země. Ať už to bylo proto, že o toto povolání nebyl mezi saúdy velký zájem, plus, že islám zakazuje muslimským ženám dotýkat se cizích mužů, kromě svého manžela (ale ani toho by se žena neměla dotýkat na veřejnosti). Nebo proto, že dříve tam největší počet sester pocházel ze Spojených států, ale po teroristickém útoku na Spojené státy dne 11.9. 2001 velké množství amerických sester z KFSH & RC odešlo z důvodu obavy o svou bezpečnost (7, s. 7).

2.2 Současnost King Faisal Specialist Hospital and Research Center

KFSH & RC je se svými 894 lůžky a rozsáhlým výzkumným centrem špičkovým pracovištěm, kde se léčí i členové královské rodiny včetně saúdského krále. Nemocnice poskytuje terciární zdravotní péči pro pacienty ze Saúdské Arábie a přilehlých arabských zemí. Nemocnice KFSH & RC je výrazným architektonickým komplexem v hlavním městě Rijádu. Součástí je i dětské centrum, jehož hematologicko - onkologická část nabízí léčebné postupy na úrovni nejnovějších světových standardů (7, s. 8).

Jde o nemocnici s mezinárodní akreditací JCIA (Joint Commission International Accreditation), která zaměstnává přes 6000 pracovníků z více než 58 zemí světa (6, s. 24). Akreditace je proces, ve kterém vyškolení externí recenzenti vyhodnocují fungování zdravotnických organizací a porovnávají je s předem stanovenými standardy výkonu. Akreditace zdravotnických zařízení začala ve Spojených státech s vytvořením Společné komise pro akreditaci zdravotnických organizací – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) v roce 1951. Tento model byl přenesen do Kanady a Austrálie v 60. a 70. letech. Dostal se do Evropy v 80. letech. A do celého světa se rozšířil v 90. letech (12, s. 407-408).

Pracovníci z JCIA v KFSH & RC našli požadovanou kvalitu standardů péče o nemocné a kvalitu řízení managementem nemocnice. Akreditace od JCIA je poskytována zdravotnickému zařízení na 3 roky. Každý třetí rok následuje kontrolní řízení (7, s. 8).

Vrchní sestry jednotlivých pracovišť jsou Kanadanky nebo Američanky. Hlavní sestra nemocnice je Američanka. Ošetřovatelská péče je poskytována podle amerického modelu. Studenti vychovaní ve zdravotnických školách v Saúdské Arábii začali pracovat v nemocnici teprve nedávno. Jsou to výhradně muži z důvodu ortodoxních náboženských tradic. V roce 2002 vybraných prvních deset saúdsko-arabských studentů ošetřovatelství ukončilo své vzdělání v USA a začalo pracovat v KFSH & RC. Zdravotních saúdsko-arabských sester – mužů je v nemocnici velmi nízké procento. Důvody naráží na stejné překážky spočívající v náboženských tradicích. I muž se nesmí dotýkat cizího ženského pohlaví. Saúdsko - arabští zdravotní bratři pečují téměř výhradně jen o mužské pacienty (7, s. 8).

Ale množství saúdských zdravotníků stále stoupá, je to díky tzv. „saudizaci“, kdy jsou saúdové motivováni pracovat a pracovní místa, nejenom ve zdravotnictví, jsou prioritně zaplňována saúdy, aby se Saúdská Arábie stávala soběstačnější a snižoval se zde do budoucna počet zahraničních pracovníků (16).

2.3 Organizace ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská péče je organizována ředitelkou ošetřovatelské péče (Chief Nursing Affairs) a prostřednictvím vedoucích sester modulů (klinik), nazývaných head nurse (vrchní sestra). Ošetřovatelská péče je organizována podle doporučení a směrnic ICN (International Council of Nurses). Organizace sesterské péče na pracovištích vychází tedy z amerického systému (7, s. 9).

Kompetence sester v SA se odvíjí ze zákona *Saudi Council for Health Specialist*. Kromě toho jsou kompetence stanoveny protokoly a standardy, které korespondují se standardy mezinárodního systému akreditace pro nemocnice Joint Commission International. Práce sester je také regulována harmonogramem práce, staniční sestrou nebo individuálními harmonogramy práce (17, s. 22-23).

Každá nová sestra musí mít sesterskou registraci ze země svého původu a zažádat si musí ještě o registraci v SA do „*Saudi Council for Health Specialists*“. Dle svých kvalit a druhu této registrace je zařazena do skupiny 1 až 3 (SN I, SN II, SN III) později případně mezi edukátorky nebo vedoucí sestry. Povinností je využívat kvalit a zkušeností mezinárodního týmu. Jednotlivé moduly mají různé počty sester. V ambulantní péči pracuje dvě stě padesát sester. Každý rok odchází velké množství sester z nemocnice z různých důvodů. Jejich celkový počet se kontinuálně doplňuje a navyšuje. Velkou pozornost věnuje

management nemocnice prevenci systémových chyb a sesterských opomenutí. Tým sester je zodpovědný za kvalitu ošetrovatelského procesu podle standardů péče a monitoruje jeho efektivitu. Povinností je posilovat spolupráci s ostatními členy v multidisciplinárním a multikulturním týmu na svém oddělení a rozvíjet ošetrovatelskou péči (7, s. 9).

Práce v multikulturním týmu přináší své výhody i nevýhody. I u nás je každá sestra zvyklá provádět stejný výkon tak trochu jinak, stačí přejít jen z oddělení na oddělení. A co teprve, když spolu na jednom oddělení pracují sestry z Čech, Finska, Británie, Irska, Indie, Jižní Afriky, Filipín, Malajsie, Nového Zélandu, Austrálie, USA, Egypta či Jordánska. Je zde vypracován dokonalý edukační program, kterým prochází všichni bez rozdílu během prvních 3 měsíců, což je doba trvání zkušební lhůty. Celý edukační program se skládá z GNO - General Nursing Orientation (všeobecná sesterská orientace), jde o výuku ve třídě, kterou absolvuje každá nová sestra. Posléze se výuka přesouvá na oddělení, kdy je sestra v péči „*Clinical Instructor*“, nebo-li Sestry Edukátorky, která nové sestře vše ukáže, poskytne studijní materiály a později s ní skládá tzv. kompetence. „*Clinical Instructor*“ je i jedním z přednášejících ve třídě a podílí se na tvorbě a korekci pracovních standardů, které jsou velmi přísně dodržovány a díky jimž je zajištěna stejná kvalita péče od všech sester, a to bez rozdílu původu či náboženského vyznání. Každá sestra je povinna skládat tzv. kompetence na všechny výkony, které provádí. To v praxi znamená, že je přezkoušena písemnými i ústními testy ze základní farmakologie léků a výpočtu jejich dávek, celkového vyšetření dětského i dospělého pacienta, aj. Po splnění každé této zkoušky, podepíše prohlášení o své kompetenčnosti provádět ten daný výkon. Mimo Edukátorky je sestra přidělena i k Preceptorovi, neboli Sestře Školitelce, kterou může být jen sestra, která absolvovala tzv. Preceptor course (školitelský kurz), s tou se učí a je tam pouze pro ni. Zaučuje ji do každodenní rutiny a péče o pacienta. Ona o ní podá na konci zkušební doby hlášení, jak si vedla. Sestra v SA má mnohem větší pravomoc činit rozhodnutí týkající se léčby pacienta (13, s. 24).

Vše je tady výborně zorganizované. Zaškolování nových zaměstnanců probíhá rychle a efektivně (11).

Je třeba, aby se sestry, zde pracující seznámily i s legislativou upravující výkon profese v této zemi. Musí být srozuměny s osobní odpovědností za každé pochybení. V případě profesionálního pochybení sestry, je zde trestní řád naprosto odlišný, tak jako postavení ženy ve společnosti ve srovnání s Českou republikou (17, s. 24).

O Saúdské Arábii je známo, že je „*svatá země islámu*“ hlavně díky své uznané věrnosti islámským zásadám. Cizinci se musí podříditi přísným náboženským zákonům. Vládne zde

islámské právo „šaría“ (oko za oko, zub za zub). Zlodějům usekávají ruce, kamenují cizoložnice a popravují ty, kteří se obrátí na křesťanství. Tak zde vypadá islám v praxi. Existuje tu náboženská policie tzv. „*muttawa*“, která dohlíží na dodržování náboženských zákonů. Provinilce může spoutat, zbít a uvrhnout do takřka středověkého vězení (14, s. 84, s.167).

Saúdská Arábie stále zadržuje několik cizinců a ignoruje snahy jejich vlád o vyřešení jejich případů. Jde o zaměstnance dobře postavených saúdských společností, kteří spáchali zločin vůči islámským zásadám a jejich osud zůstává stále nejasný (14, s. 168).

2.4 Ambulantní sektor

Ambulantní sektor je složen ze 14 klinik, kde je ročně ošetřeno přes půl milionu osob. Počet klinik a množství ošetřených pacientů řadí toto pracoviště mezi světovou špičku. Zvláštností je tzv. *Protocol clinic*, která je určena pouze pro ošetřování krále a členů královské rodiny. Zdravotní péče je v KFSH & RC všem zaregistrovaným pacientům poskytována zdarma. Nemocnici financuje král z „rovných“ peněz. Pacient, který zde chce být léčen, musí zažádat o tzv. „*royal order*“ přes oddělení „*Medical Eligibility*“, což je něco jako královský souhlas k léčbě, který ale platí pouze v této nemocnici. Zde neexistují žádné zdravotní pojišťovny, pacient neplatí poplatky za pobyt, léky v lékárně a ani poplatky u lékaře. Dokonce v případě, když nárokuje pacient např. pomůcky k převazu tracheostomické kanyly, má nárok na tzv. „*home supply*“ a potřebný zdravotnický materiál dostává od nemocnice zdarma domů. Každý pacient má v nemocnici založenou dokumentaci, která je označena jménem pacienta a jeho osobním číslem (MRN-medical record number). Například pacient číslo 455921 jménem Mohamed Abdullah Abdulaziz Al Mutairy. V záhlaví chorobopisu je vždy zmíněno i pohlaví pacienta, neboť v Saúdské Arábii je někdy složité pro nearabský personál určit pohlaví jen podle jména (F-female, M-male) (6, s. 24-25).

V arabském světě oslovujeme prvním jménem, pan Hasan, paní Fátima. Může vás překvapit, že někoho arabští přátelé oslovují jinak než vlastním jménem. Je to tehdy, když je dotyčný otcem nebo matkou. Tehdy používají familiární oslovení „otec Hasana“, tedy *abú Hasan*. Nebo „matka Ibrahíma“, *umm Ibrahím*. Vždy za označením otec nebo matka následuje jméno jejich prvorozeného syna, a to i v případě, že se před ním narodily dcery. „Otec Lajly“ se používá jenom tehdy, když rodina nemá syna, ale jenom dcery (8, s. 157-158).

O všechny karty pacientů se stará speciální oddělení nazývané „*Medical Record department*“, které má na starosti jejich distribuci po nemocnici a zároveň má přehled, kde se která dokumentace právě nachází. Existence tohoto oddělení je nezbytná, neboť mnohdy pacient navštíví více klinik v jeden den a dokumentace musí putovat s nimi, avšak nikdy ne v rukou pacienta. Dokumentaci doručuje k tomu určený pomocný personál (6, s. 25).

Provozní doba na klinikách je sobota až úterý 8.00-18.00 hodin. Středa 8.00-17.00 hodin. Pracovní doba na ambulancích je 44 hodin týdně (7, s. 7).

Pracovní týden zde začíná sobotou a končí středou. Podle islámu je pracovní volno ve čtvrtek a v pátek. Pátek je v arabském světě obdoba křesťanské neděle (8, s. 193).

Na jednotlivé kliniky přichází každý objednaný pacient s tzv. „*appointment slip*“, což je vytištěný dvojjazyčný list v angličtině a arabštině obsahující následující údaje: číslo pacienta, jméno, datum a čas návštěvy, jméno lékaře a druh kliniky, na kterou je objednán, včetně specializované odbornosti. Každý lékař s příslušnou specializací má na klinikách vyhrazen svůj den, čas a prostor na ošetřování pacientů (6, s. 25).

3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru v Saúdské Arábii

Indikátor kvality je tzv. výstražný signál, který by nás měl varovat, když něco není v pořádku. Je základním nástrojem pro sledování kvality ošetrovatelské péče = měřitelná vypovídající kritéria v rámci akreditačního procesu. Tyto údaje nás informují o kvalitě procesů ve zdravotnických zařízeních. Hodnocení těchto ukazatelů je proces identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo aktuálních problémů, které mohou být zdrojem zranění, poškození, finanční ztráty apod. Sledovanými indikátory zdravotnické nebo léčebné péče ve zdravotnických zařízeních mohou být: délka hospitalizace, spotřeba antibiotik, výskyt dekubitů, pády pacientů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony, náklady na zdravotnickou péči, medikační chyby nebo nozokomiální nákazy atd. Vlastním indikátorem kvality je i počet tzv. mimořádných událostí nebo neshod ve zdravotnickém zařízení. Výše jmenované příklady indikátorů jsou často obsahem mimořádných událostí či neshod. Cílem hlášení těchto událostí není sankce, ale prevence nebo redukce chyb. Příčinou těchto neshod může být např. nefunkční systém řízení nebo kontroly, nedostatečné vzdělávání, nevhodná pracovní náplň, nefunkční technologie atd. Je nutné si uvědomit, že nelze monitorovat všechny procesy ve zdravotnickém zařízení, a tak je nevyhnutelné pečlivě vybírat právě ty indikátory, které nám poskytnou, co nejkvalitnější a nejrelevantnější informace. Indikátory lze sledovat nejenom v rámci zdravotnického zařízení, ale také v národním i mezinárodním srovnávání (4, s. 22-23).

3.1 Čekací doba pacienta, prostředí čekárny

Pacient při příchodu na kliniku přichází na recepci, kde odevzdává svůj „*appointment slip*“ – objednávací list. Arabsky i anglicky mluvící recepční, bez zdravotnického vzdělání, pacienta zaregistruje a přidělí mu pořadové číslo vytištěné z počítačového systému. S přiděleným číslem odchází pacient do čekárny, aby vyčkal, až se jeho číslo objeví na světelné tabuli. V Saúdské Arábii jsou čekárny striktně rozděleny na mužské a ženské. Přejde-li k lékaři celá rodina, matka s dětmi čeká v ženské části a otec v mužské. Pokud je dítě chlapec, tak čeká s otcem v mužské části. Čekárny, jako ostatní prostředí nemocnice, jsou naprosto čisté, prostorné a vzdušné. Jsou v mramorovém

provedení ze kterého vystupují polstrovaná sedadla. Samozřejmostí je všude přítomná živá květinová výzdoba, o kterou se denně stará pouze k tomu určený personál (6, s. 25).

Výrazným specifikem je i v čekárně náboženství, i nemocní a čekající muslimové se potřebují modlit (13, s. 26).

I když jako nemocný může být každý muslim modlitby zproštěn (20, s. 22-23).

Povinným vybavením každé čekárny je modlitební kobereček. Procházíte-li kolem, spatříte mnohdy klečící a modlící se pacienty na koberečku otočeném k Mekce. To je třeba zohlednit – přijde-li pacient na řadu, je nutné nechat ho modlitbu dokončit (6, s. 25).

Sestra musí vědět i to, že nesmí projít před ním, jinak je jeho modlitba přerušena (20, s. 23).

U dětských pacientů můžete vidět v čekárně rodiče s Koránem v rukách neúnavně předřikávající modlitby třeba i u plačícího dítěte, místo aby jej raději pohladili a uklidnili (13, s. 26).

Každý muslim musí denně vykonat pět modliteb: modlitbu západu slunce „*salát al-magrib*“, večerní „*salát al-išá*“, ranní za svítání „*salát as-subh*“, polední „*salát ad-duhr*“ a odpolední „*salát al-asr*“, přičemž časy modliteb jsou různé, protože závisí na postavení astronomických těles (8, s. 44).

Pro sestru je vhodné znát modlitební zvyklosti. Pacienti (obzvláště muži) mohou na modlitbu odejít do modlitební místnosti. Když tento pacient přijde na řadu a není přítomen v čekárně, sestra může předpokládat, že po ukončení „*prayer time*“ – času modlitby pacient přijde zpět. Vyvolávání pacientů funguje pomocí světelné tabule. Sestra zadá číslo pacienta, které je přiložené k jeho chorobopisu (kompletace pořadového čísla a chorobopisu provádí „*charge nurse*“ staniční sestra) do vyvolávajícího systému. Světelná tabule v čekárně informuje pacienta, že je na řadě, a ten pak sám přichází do příslušné místnosti. Často jsme řešili nesrovnalosti mezi pořadovým číslem pacienta a hodinou jeho návštěvy, uvedenou na „*appointment slip*“ objednacím listě. Čas, na který byl pacient objednaný, měl vždy přednost před pořadovým číslem. Například pacient, který má přijít na jedenáctou, přijde již v devět hodin, má pořadové číslo jedna a domáhá se vyšetření. V tomto případě má vždy přednost pacient objednaný na devátou, i když má pořadové číslo dvě. Čekací dobu pacienta se nám povedlo výrazně zkrátit díky zavedení promyšleného a vysoce funkčního systému objednávání pacientů (6, s. 25).

3.2 Objednávání pacientů

Objednávání pacienta provádí sestra elektronicky dle ordinace lékaře po jeho ukončeném vyšetření. Samotné objednávání se řídí údajem, který se v systému vyskytuje pod označením „*first available*“, tedy první možný termín další návštěvy. Pokud je první volný termín za 3 měsíce, a pacient má přijít za 4 měsíce, není žádný problém. Ten nastává ve chvíli, kdy je pacient akutní a musí přijít dříve, přičemž všechna místa jsou již obsazená. Takováto situace nastávala velice často. Výsledkem byly přeplněné kliniky a dvojnásobný počet objednaných pacientů, než byla původní kapacita. Vznikalo tzv. „*overbooking*“. Intenzivně jsme hledali východisko z této nepříznivé situace. Každý použitý způsob řešení měl své slabiny. Konečný systém vypadal následovně: u každé kliniky jsme určily maximální možný počet ošetřitelných pacientů. Pokud sestra zadává do systému požadavek na již obsazený termín, tak systém požadavek nepřijme, protože počet pacientů je blokován. Musí být kontaktován tzv. „*ORL Coordinator*“ – koordinátor, který pracuje pro lůžkovou i ambulantní část a má na starosti příjmy pacientů i jejich objednávání. Koordinátor převezme případ a řeší tímto způsobem. Kontaktuje příslušného lékaře, probere s ním nutnost následné kontroly a nezbytné časové rozmezí. Pouze koordinátor je oprávněn v případě nutnosti přiřadit dalšího pacienta k již zaplněnému termínu (6, s. 25).

3.3 Respektování soukromí pacienta

Velkým specifikem v SA je dodržování soukromí. V nemocnicích v ČR často vidíme například ventilované pacienty odhalené, zcela na odiv světu. To je v SA naprosto nepřijatelné, bez ohledu na pohlaví musí být celé tělo zakryto (13, s. 26).

Tělesné oblasti od krku až po kolena jsou u žen tabu. V Saúdské Arábii mají ženy zakrytou i tvář včetně očí. U mužů je tabu tělesná oblast mezi pupkem a koleny (20, s. 23).

Tradičním oblečením žen je tzv. *abája*. To je místní způsob zahalení. Na první pohled těžký, ale na omak lehounký kabát, sahající až po kotníky, doplněný černou šálou zakrývající vlasy. Vlasy jsou podle tradiční představy sexuálním symbolem. Některé ženy nosí tzv. „*face cover*“, průsvitný závoj přetažený i přes oči, díky kterému omezeně vidí. Zevnějšek ženy je dokonale skryt. Zahalení poskytuje ženám podle jejich vlastního přesvědčení ochranu před mužskými pohledy, pocit bezpečí a soukromí (9, s. 63).

Oděv nesmí zdůrazňovat tělesné křivky a tělesnou krásu žen. Muslimské ženy i v nemocnici trvají na zahalování, odhalit se mohou pouze před svým mužem, rodinou nebo jinou ženou, pokud v místnosti není přítomen jiný muž. Další povinností personálu je

ochrana muslimské pacientky před přítomností jí samotné s cizím mužem v místnosti, byť se jedná o lékaře. Ženu tím chráníme před ztrátou cti. Přítomnost další osoby tzn. rodinného příslušníka nebo zdravotní sestry – ženy, je nutná (20, s. 22-23).

Sestra žena se může starat o pacienty obou pohlaví, ale zdravotní bratr, kterých je zde velký počet (jiné národnosti než saúdské), se smí starat pouze o mužské pacienty (13, s. 26).

V KFSH & RC je brán na všech odděleních maximální ohled na intimitu pacienta, respektování jeho soukromí, jeho práv a náboženství (7, s. 8).

3.4 Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu

Mnohé činnosti, týkající se hygienicko-epidemiologického režimu, sestry v KFSH & RC neprovádějí, ale vykonává je k tomu určený personál nebo i speciální oddělení k tomu určené. Dezinfekci a sterilizaci nástrojů provádí oddělení centrální sterilizace, dezinfekci ploch a povrchů provádí tzv. „housekeepers“ neboli úklidová služba, odběry biologického materiálu provádí laboratoř. Výsledný dojem pak na vás působí tím, že je všude neuvěřitelná čistota, není slyšet hluk a netísni se pacienti (7, s. 8).

3.5 Přípravenost sester na akutní příhody

Mezinárodní zkoušky ze základní resuscitace BLS (Basic Life Support) jsou pro všechny sestry základní podmínkou k výkonu činnosti. Zkoušky z rozšířené resuscitace ACLS (Advanced Cardiac Life Support) jsou podmínkou pouze pro sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Oba druhy zkoušek se opakují v pevně stanoveném intervalu (13, s. 24).

Jedním z dalších specifíků ošetrovatelské péče v KFSH & RC týkajících se náhlých příhod je povinnost kontroly zdravotního stavu pacientů v čekárně. Kontrola se provádí každou hodinu a výsledek se musí zapisovat do příslušného rozpisu. Zvláště je nutná kontrola v ženské čekárně, neboť ženy jsou zde celé zahalené, a to i v obličeji. Případná nevolnost či akutní stav by díky tomu nemusely být včas odhaleny (6, s. 25).

3.6 Pracovní podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče – spokojenost sester

„Závidím prostředí, ve kterém pracuji – čistota v nemocnici i v okolí, v jídelnách nemocnice nerez příbory, které nikdo neodnáší, krásné květinové výzdoby, které nikdo neničí“ (7, s. 8).

Nemocnice se snaží udržet si sestry kvalitním kulturním, rekreačním i společenským zabezpečením. Nabízí edukaci, zvyšování specializačního vzdělání, dálkové studium na zahraničních fakultách. Sestry mají možnost dalšího vzdělávání (specializované učební programy), včetně kariérního postupu. K dispozici je odborná knihovna, která je velmi dobře vybavena odbornou literaturou v angličtině. Sestry samozřejmě publikují, udržují kontakty se zahraničím, studují a účastní se mezinárodních kongresů. Mají k dispozici internet, mohou se připojit ze všech terminálů v nemocnici. Sestry mají plně hrazené ubytování v moderních ubytovnách (samostatná ložnice a sociální zařízení pro jednu sestru). V každé ubytovně je vybavené fitcentrum a krásný bazén. Sestra má nárok na 49 dnů placeného volna ročně, které si může vybrat vcelku nebo po částech. Jedenkrát za rok platí zaměstnavatel sestřím letenku do země jejich původu. Sestra může management nemocnice požádat v případě zájmu i o přemístění na jiné oddělení dle vlastní volby a dle možností pracoviště. Sestry netrápí nedostatek léků, pomůcek, materiálu, prádla či personálu. Zaměstnanci mají nárok na několik určených přestávek ve své pracovní době (7, s. 7).

„Co děláte ve své přestávce je jen vaše věc, můžete jít do parku, na jídlo, nebo do odpočívárny, nicméně, měli byste opustit oddělení“ (13, s. 26).

V neposlední řadě si sestry zde pracující vylepší svou ekonomickou situaci, neboť plat sester je zde několikanásobně vyšší než v zemích jejich původu (7, s. 8).

Obzvláště náročné pro nemuslimský personál je období postního měsíce „*ramadán*“. Znamená to, že se muslim od východu slunce do jeho západu postí. Je to vnímáno jako akt víry, jejího posilování, oddanosti bohu, očista duše a těla (19, s. 162; 20, s. 22).

Období ramadánového půstu má být dobou radostnou, věřící se v noci navštěvují, oslavují, jsou k sobě laskaví, vlídní a štedří. V noci jde o měsíc nekončící zábavy, nočních radovánek (19, s. 163; 21, s. 100-101).

Během dne se nesmí jíst, pít a kouřit. Výjimku mají staří, nevléčitelně nemocní nebo těhotné a menstrující ženy, ty si půst musí dle stanovených pravidel nahradit (18, s. 53).

Jde o nejznámější muslimský svátek, jeden z pěti pilířů islámské víry, kdy všechno funguje naruby. Snídá se po západu slunce, obědvá před půlnocí a večeří před svítáním. Rovněž pracovní doba muslimských kolegů je výrazně zkrácena zepředu i zezadu. Ti bývají při svém pozdním příchodu do práce značně vyčerpaní (21, s. 100).

Na nemuslimský personál jsou tímto kladeny větší pracovní nároky. Musí zvládnout každý den více práce. Na veřejnosti je i pro ně pod přísným trestem zakázáno jíst a pít. Jíst tedy musí v ústraní. Ani žvýkat se nesmí (11).

3.7 Jazyková připravenost pro komunikaci s pacienty

Pracovním jazykem v KFSH & RC je angličtina (6, s. 24).

Jednou za základních podmínek pro přijetí sestry do KFSH & RC je její dobrá znalost angličtiny, v mluvené i psané formě, včetně lékařské terminologie (7, s. 7).

Angličtina v Saúdské Arábii je zároveň i úředním jazykem a vyučuje se ve školách, většina arabů se tudíž dokáže anglicky plynně domluvit. Většina vzdělaných muslimů mluví ale i několika jazyky, obvykle anglicky, německy nebo francouzsky (20, s. 22).

Sestry se v KFSH & RC musí naučit také základy arabštiny (7, s. 7).

Arabština je posvátným jazykem všech muslimů, jelikož je to jazyk Koránu.

„Pro sestru je naprostou nutností pochytat základní arabské výrazy a fráze, abyste byli schopni získat jakousi důvěru“ (13, s. 26).

Jednou z důležitých arabských frází je známé „*salámalejkum*“, v překladu „mír s vámi“, na což se odpovídá „*alejkumsalám*“. Tento klasický muslimský pozdrav totiž muslimové akceptují i od nemuslimů. Často můžete slyšet i „*ahlan wa sahan*“ neboli vítejte nebo neformální „*marhaba*“, tedy „ahoj“ (8, s. 160).

Pro ty pacienty, kteří angličtinu neovládají, slouží překladatel nebo je tento pacient ošetřován arabsky mluvícím personálem, pokud je to možné (7, s. 9).

Překladatel má mnohdy cenu zlata, neboť jazyková bariéra dokáže být opravdu obrovská (13, s. 26).

Arabština má mnoho dialektů a dialekty mohou být pořádně odlišné (8, s. 138).

Zde se ale prostě naučíte komunikovat s každým (7, s. 8).

3.8 Edukace pacienta

V oblasti edukace pacienta hraje velkou roli náboženství a rodina pacienta. Islám v tomto smyslu není jen náboženství, ale jde i o způsob života, jelikož vytváří vzorce chování a tvoří i pravidla, která musí být uplatňovaná v běžném životě a respektována. Rodina je základní buňka společnosti a je v arabské společnosti velice považovaná. Neuvěřitelná je úcta a respekt ke starým lidem. Staří lidé jsou zde nesmírně vážení. Když vstoupí do místnosti nebo z ní odcházejí, všichni na znak úcty povstanou. Názory rodičů a

prarodičů se téměř bez výjimky respektují. Neodmlouvá se, uplatňuje se princip „hodných dětí“. Starý člověk zde má vždy zaopatření ve stáří a pomoc celé rodiny. Rodina je totiž velkou oporou pro každého muslimského pacienta (8, s. 54).

Příbuzní a přátelé se chtějí podílet na snášení nemoci a napomáhání uzdravování svých blízkých. Na lůžkových odděleních musejí brát sestry ohled na velký počet návštěv (20, s. 22- 23).

Pacientova rodina má na oddělení neomezený přístup, může zde zůstat i přes noc. Rodinní příslušníci si bez zaváhání rozloží vedle lůžka koberec, sesednou do kruhu, popíjí kávu a radí sestře, jak pečovat o tatínka. Je to pro ně naprosto normální (13, s. 26).

Do plánování péče a edukace, musí sestra tudíž zapojovat (je-li to možné), nemocného i celou jeho rodinu (7, s. 9).

Při edukaci musíme brát ohled i na respektování náboženských „tabu“. Například, mluvíme-li s osobou opačného pohlaví, neptáme se na rodinné a intimní problémy. Pokud je muslimská žena těhotná, nemluvíme o těhotenství s mužem. Chováme se zdvořile a vždy vysvětlíme „*hlavě rodiny*“, jaká opatření jsou nutná (20, s. 22).

Obecným problémem edukace v Saúdské Arábii je malá všeobecná informovanost o zdravotních rizicích, které s sebou nesou svazky mezi pokrevními příbuznými (9, s. 77). Staleté tradice není možno jen tak vymazat a i v dnešní době řídí rodiče soukromý život svých dětí. Včetně určování sňatků (8, s. 54).

Důsledkem toho je obrovský výskyt pacientů s dědičnými vadami, deformitami a s onkologickými onemocněními (7, s. 8).

Takhle nemocné děti nikde jinde neuvídíte. Některé diagnózy se vyskytují pouze v Saúdské Arábii a nebo je znáte pouze z knih (11).

Vše se zde řídí „*ve jménu inš-allah*“ aneb „*dá-li alláh*“. Je to podobné našemu „*dá-li Pán Bůh*“, ale frekvence jeho používání je zde nesrovnatelně vyšší, než je tomu v křesťanských zemích. V podstatě se dá říci, že není věty bez tohoto zbožného doplňku. Tudíž vše odkazují do rukou Boha, vše bude tak jak určí Bůh. Což ovlivňuje celý jejich život, včetně nemoci a uzdravení. Vše bude ve jménu „*inš-allah*“ (21, s. 7).

3.9 Vystupování ošetřujícího personálu

„Sestry jsou v KFSH & RC milé, příjemné, ochotné a usměvavé a je jich na pracovištích dostatek. Panuje zde vzájemná úcta jednoho k druhému“ (7, s. 8).

Vystupování členů ošetrovatelského týmu je na vysoké profesionální úrovni díky funkčně vytvořenému systému ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru spolu s kvalitně vytvořeným edukačním systémem (6, s. 25).

4 System zdravotní péče v České republice

System zdravotní péče v ČR je založen na těchto principech:

1. Solidarita.
2. Vysoký podíl samosprávy.
3. Více zdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění.
4. Svobodná volba lékaře, zdravotnického zařízení.
5. Svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.
6. Stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce (3, s. 124 -125).

Zákonné normy v ČR vycházejí ze zásad, že péče o zdraví se zaměřuje především preventivně k ochraně a k upevnování zdraví a zvláštní pozornost je věnována péči o novou generaci. Hlavním principem je předpokládaná snaha každého jednotlivce o zdravý život a přispívání k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života. Nejvýše právně závaznou zákonnou normou je pro systém zdravotní péče u nás „*Listina základních práv a svobod*“, je součástí ústavního pořádku, v ČR vstoupila v platnost 16.12.1992. Z jejího znění jsou pro zdravotnictví důležité některé články.

Článek 1- Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva svobody jsou nezadatelná, nezcizitelná, neprohlášená a nezrušitelná.

Článek 2- Každý může činit, co není zákonem zakázáno, nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.

Článek 5- Každý je způsobilý mít svá práva.

Článek 6- Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Trest smrti se nepřipouští.

Článek 7- Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Článek 10- Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a ochráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

Článek 31- Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které

stanoví zákon. (u nás je to zákon č. 48/1997 Sb.) Článek 31 je pro zdravotnictví klíčový, neznamená však, že zdravotní péče musí být bezplatná (3, s. 100-101).

Obyvatelé ČR mají zdravotní péči garantovanou Ústavou ČR. Dostupnost zdravotní péče je zajištěna prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, které funguje podle výše zmíněného zákona č.48/1997 Sb. „*O veřejném zdravotním pojištění*“. Zákon a jeho novela z roku 2012, definuje účastníky a plátce veřejného zdravotního pojištění a specifikuje jejich práva a povinnosti. Zákon je postaven na principu solidarity ve zdravotní péči, tj.: občané přispívají do fondu zdravotního pojištění a čerpají zdravotní péči podle svých potřeb (24).

Zákon č. 48/1997 Sb. stanovuje rozsah zdravotního pojištění a podmínky, za kterých je na základě veřejného pojištění, poskytovaná zdravotní péče bezplatně. Stanovuje i spoluúčast pacienta na financování zdravotní péče. Výše pojistného je stanovena zákonem č. 592/1992 Sb. „*O pojistném na všeobecném zdravotním pojištění*“. Základním principem pojištění je princip vzájemnosti, jde o vytváření rezerv pro budoucnost (3, s. 148-149).

V ČR funguje několik zdravotních pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) České republiky se sídlem v Praze byla zřízena 1.1. 1992 zákonem České národní rady č. 551/1991 Sb. Zákon České národní rady č. 280/92 Sb. umožnil vznik dalším pojišťovnám. Další pojišťovny se staly konkurenčními, ale uspořádání mají podobné jako VZP (3, s. 131).

VZP je největší a jako jediná má státní garanci. Vybrané pojistné je shromažďováno na účtu, který spravuje Ministerstvo financí. Pojistné je pak přerozdělováno mezi jednotlivé pojišťovny. Jejich povinností je zajistit pro své pojištěnce zdravotní péči. Proto navazují zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními (nemocnicemi, ambulancemi atd.). Podstatná část zdravotní péče je poskytována pacientům bezplatně, ale od roku 2008 je každý pojištěnec povinen platit poskytovatelům zdravotní péče za poskytnuté zdravotnické služby tzv. regulační poplatky. Zdravotní pojištění je v ČR převažující zdroj financování zdravotnictví. Kromě toho je zdravotnictví financováno i ze státního rozpočtu (neproduktivní skupiny občanů) (25).

Zdravotní péče je v ČR poskytována na základě veřejného zdravotního pojištění, které vzniká ze zákona všem, kdo mají v ČR trvalý pobyt nebo jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. Ti, kdo nesplňují podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění, mohou uzavřít *smluvní zdravotní pojištění*. Tento typ pojištění lze uzavřít pouze u VZP, volba pojišťovny zde není možná. Smluvní zdravotní

pojištění existuje buď *krátkodobé* (pobyt do 365 dnů) nebo *dlouhodobé* (pobyt nad 365 dnů). Sazba pojistného je vyšší než při účasti na veřejném zdravotním pojištění a pojištění kryje užší rozsah zdravotní péče. Ale kvalita poskytnutých zdravotnických služeb je stejná (3, s. 136).

Důležitým úkolem zdravotní politiky našeho státu je *dostupnost zdravotnické péče*. Dostupnost je definována jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení. *Fyzická, geografická dostupnost* vyjadřuje rozsah, ve kterém může být zdravotnická služba dosažena. Indikátory fyzické dostupnosti mohou být, vzdálenost od zdroje péče, čas potřebný na dosažení zdravotnického zařízení, čekací doba, počet lékařů primární péče na 100 obyvatel atd.

Ekonomickou dostupností označujeme schopnost jedince uhradit poskytnutou zdravotnickou péči. U nás i v evropských státech převládá univerzální pokrytí zdravotnické péče pojištěním. Ve státech, kde všeobecné pojištění není, je vidět výrazně vyšší spotřebu zdravotní péče u pojištěných jedinců. Indikátorem ekonomické dostupnosti může být finanční pokrytí ambulantních lékařských služeb nebo farmaceutických výrobků.

Psychosociální dostupnost představuje pacientovo chování k lékaři a ke zdravotnickým službám. Ta je dána motivací k vyhledání zdravotnické péče, důvěrou nebo ochotou pacienta spolupracovat. Zvláště důvěra pacienta k lékaři je mimořádně důležitá. Proto musí nejen lékaři, zdravotní sestry, ale i celý zdravotnický systém působit tak, aby důvěra u pacienta mohla vzniknout. Výsledkem všech zákonů, dokumentů, doporučení a nařízení pro systém zdravotní péče v ČR je možnost dosažení kvalitní a dostupné zdravotnické péče (3, s. 104-107).

4.1 Poskytování zdravotnické péče v nestátních zdravotnických zařízeních

Nestátní zdravotnická zařízení jsou odlišná od zdravotnických zařízení provozovaných státem. V soukromých zařízeních, která nemají smlouvu s pojišťovnami, si pacient poskytnuté služby hradí sám (3, s. 136).

Provozovatelem těchto zařízení je fyzická nebo právnická osoba k tomu oprávněná. V nestátním zdravotnickém zařízení je možné poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, rehabilitační, léčebnou, lékárenskou, ambulantní i ústavní. Nestátní zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči v rozsahu, jak bylo uvedeno při jeho registraci. Povinností každého NZZ je spolupracovat s jinými

zařízeními, vést provozní a zdravotnickou dokumentaci, plnit úkoly pro všeobecnou zdravotnickou informační soustavu (např. hlášení nemocí, které podléhají ohlašovací povinnosti) (42).

NZZ musí splňovat požadavky na provoz a vybavení zdravotnického zařízení obsažené ve vyhlášce MZ 234/2011, kterou se mění vyhláška 221/2010 Sb., a vyhláška 51/1995 Sb. (43).

4.2 Historie Nemocnice, akciová společnost Klatovy

Nemocnice v Klatovech byla otevřena 14.2. 1914 pod tzv. Křesťanským vrškem. Byla jednou z nejmodernějších nemocnic v republice. Zemský správní výbor v Praze si vyžádal v roce 1923 fotografie jejích budov a interiérů pro výstavu ve Štrasburku. Vybavení nemocnice se neustále vylepšovalo, navyšoval se počet lůžek. Roku 1938 zde bylo 262 lůžek. V roce 2003 měla nemocnice 382 lůžek a 12 odborných pracovišť. Sto let starý areál nemocnice nevyhovoval současným požadavkům na zdravotnické zařízení, proto Rada Plzeňského kraje přistoupila k zadání vybudování nové části klatovské nemocnice. Principem byl návrh soustředit většinu zdravotnických oborů do jednoho monobloku (22).

4.3 Současnost Nemocnice, akciová společnost Klatovy

Klatovská nemocnice, a.s. je rozsahem zdravotní péče druhým největším zařízením v Plzeňském kraji. Je centrem zdraví pro jeden z největších okresů v ČR. Tato lokalizace klade na nemocnici vysoké nároky z hlediska rozsahu zdravotní péče a rychlosti jejího poskytování. Plzeňský kraj, zřizovatel nemocnice, se v roce 2008 rozhodl postavit v nemocničním areálu nový nemocniční komplex. Monoblok byl dokončen v létě 2012. Provoz začal v říjnu 2012. Klatovská nemocnice má nyní celkem 25 zdravotnických pracovišť, 285 lůžek akutní péče, 20 následné péče a 13 sociálních. V nemocnici je zaměstnáno zhruba 700 lidí. Z toho 83% zdravotnických pracovníků. Celkový počet žen 80%. Na konci roku 2011 se uskutečnila příprava pro budoucí akreditaci SAK (Spojená akreditační komise). SAK vznikla v roce 1998. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a zdravotní péče v ČR. Akreditační proces začal být aktuální pro Klatovskou nemocnici, a.s. po přestěhování do nového monobloku. Obvykle trvá dva roky, než zařízení požádá zástupce SAK o audit (23).

Certifikát nezískává nemocnice natrvalo, je platný 3 roky (4, s. 20).

Nemocnice, ale musí své standardy neustále zdokonalovat a doplňovat. Certifikát kvality SAK je nejrozšířenějším typem akreditace českých zdravotnických zařízení. Větší zařízení, která se zapojují do příhraničních programů, používají i mezinárodní certifikace, například Joint Commission International či ISO. Akreditací SAK se nemocnice posune mezi špičková zařízení, pro která je na prvním místě kvalita ošetrovatelské péče a bezpečí pacienta (23).

4.4 Organizace ošetrovatelské péče

Plzeňský kraj je zřizovatelem a akcionářem Klatovské nemocnice. Současně zřizuje a vlastní nemocnice akutní lékařské péče v Rokycanech, Domažlicích a Stodu včetně nemocnice následné péče v Plané a Horažďovicích. Plzeňský kraj v roce 2010 zřídil společnost Zdravotnický holding Plzeňského kraje, a.s., jehož úkolem je řídit krajské nemocnice. Toto uspořádání má zajistit jednotné řízení, plánování, zvyšování kvality a dostupnosti zdravotní a ošetrovatelské péče (23).

V Klatovské nemocnici vznikla nová koncepce ošetrovatelské péče, která předpokládá posílení kompetencí vedoucích a úsekových nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich zapojení do řízení a vedení po stránce odborné a ekonomické. Ošetrovatelská péče je organizovaná náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a pomocí vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků - NLZP (sestry, které dohlíží na chod více oddělení) a úsekových nelékařských zdravotnických pracovníků (vedoucích sester jednotlivých oddělení). Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči je odpovědná za řízení a vedení léčebně ošetrovatelské péče. Vedoucí NLZP řídí a koordinuje činnosti oddělení jemu přidělených a úsekový NLZP je mu podřízen. Vedoucích NLZP pracuje v KN celkem pět: vedoucí NLZP pro interní obory, chirurgické obory, intenzivní péči, dětské a gynekologicko - porodnické obory a vedoucí NLZP pro komplement (lékárna, patologie atd.). Jednotlivých úsekových NLZP je celkem 24 (35, s. 4-8).

Kompetence sester v ČR jsou dané platnou legislativou, vyhláškou Ministerstva zdravotnictví číslo 55/2011 Sb. „*O činnostech zdravotnických pracovníků*“, která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (31, s. 63).

Registrace sester – v ČR se jedná o právní úkon vydání „*Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání*“ dle zákona č.105/2011. Osvědčením sestra získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon

č.96/2004 Sb. „*O podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání*“, podmiňuje i pregraduální a postgraduální vzdělávání sester. Vymezuje výkon zdravotnického povolání buďto bez přímého vedení nebo dohledu, pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením (31, s. 66).

4.5 Ambulantní sektor

Ročně je v Klatovské nemocnici ambulantně ošetřeno přes 145 tisíc pacientů. Ambulantní sektor je rozdělen na ambulance operačních oborů (chirurgická, gynekologická, oční, ambulance ORL, anesteziologická, ortopedická ambulance), na ambulance interních oborů (interní, pediatrická, neurologická, plicní) a na ostatní ambulance (hematologická, osteologická, psychiatrická, psychologická) (23).

Pracovní doba většiny ambulancí je pondělí až pátek 7.00 – 15.30 hodin. Příjmové ambulance fungují v době od 15.30 do 7.00 hodin, o víkendu a státních svátcích jako lékařská pohotovostní služba. Provozní doba ostatních pracovišť je pondělí až pátek 8.00-12.00 hodin a 12.30 až 15.00 hodin. Pokrytí provozní doby zajišťují sestry na ranní směnu (do 15.30 hodin, jedna sestra do 19.00 hodin) a jedna sestra na noční směnu (19.00 hodin-7.00 hodin) (30).

5 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru v České republice

V Klatovské nemocnici jedním z hlavních cílů v úseku ošetrovatelství je zkvalitnit sledování a vyhodnocování indikátorů kvality ošetrovatelské péče (26, s. 16).

5.1 Čekací doba pacienta, prostředí čekárny

Pacienti mají k dispozici moderně vybavené čekárny s dostatečnou kapacitou a novým hygienickým zařízením. Pořadí pacientů je na většině ambulancí určeno časem jejich příchodu. Přednost je dáována akutním pacientům a malým dětem (36, s. 4).

5.2 Objednávání pacientů

Na vybraných ambulancích v Klatovské nemocnici je zaveden on-line systém objednávání pacientů, kdy se pacienti mohou objednat na vyšetření po otevření webové stránky nemocnice (30).

Tento systém na objednávání ambulantních pacientů není na všech ambulancích zaveden. Na ošetření mohou přijít pacienti s doporučením i bez doporučení od jiných lékařů, bez objednání. Kontroly již ošetřených pacientů si určuje lékař (36, s. 3-4).

5.3 Respektování soukromí pacienta

Personál Klatovské nemocnice respektuje etické zásady, ohleduplnost, taktnost, slušnost, citlivost, laskavost. Respektuje pacienta jako individualitu a osobnost se všemi specifickými vlastnostmi. V kontaktu s pacientem uplatňuje evalvující postoj, partnerský přístup a autentický zájem o něj. Dodržuje lékařské tajemství a důvěrnost informací. Vytváří atmosféru klidu, bez napětí, a pokud možno bez rušivých elementů. Respektuje pacientovo soukromí. Informace o zdravotním stavu pacienta, které jsou důvěrné, určené pouze jemu a vztahuje-li se na ně lékařské tajemství, předává lékař pacientovi bez přítomnosti dalších osob (32, s. 5).

5.4 Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu

Z epidemiologického hlediska základním rysem ambulantních zařízení je nahromadění nemocných v čekárnách, vysoká frekvence pacientů v ordinacích s krátkou expozicí. Podmínky předcházení a šíření onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení jsou v ČR upraveny vyhláškou MZ č.195/2005 Sb. Metodický pokyn „*Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči*“ je uveřejněn ve Věstníku MZ ČR, částce 9, z 9.9.2005 (27, s. 18-19).

Otázku hygieny rukou, používání ochranných prostředků, dekontaminaci, dezinfekci, sterilizaci, manipulaci s biologickým materiálem atd., řeší schválený provozní řád každé ambulance. Velký důraz je kladen na otázku hygieny rukou, jelikož ruce zdravotnického personálu jsou nejjednodušším a nejlevnějším prostředkem v přerušení nosokomiální infekce (36, s. 5-11).

5.5 Přípravenost sester na akutní příhody

Přípravenost sester na akutní příhody se řídí platnou legislativou (věstník MZ ČR č.5/2012 z 29.6.2012) kam patří každoroční proškolení zaměstnanců, důležité telefony na tabuli na očích personálu, pravidelné kontroly pomůcek a léčiv pro řešení neodkladných stavů včetně jejich expirací se zápisy o provedených kontrolách atd. (28).

Každé oddělení Klatovské nemocnice - KN je vybaveno resuscitačním vozíkem. Jeho kontrolu včetně doplňování chybějícího materiálu včetně léků provádí k tomu určený zaměstnanec jednou denně. O kontrole provádí zápis do provozního deníku. Nezbytnou součástí výbavy resuscitačního vozíku je funkční defibrilátor. V případě nutnosti neodkladné pomoci se volá lékař nebo resuscitační tým ARO na vnitřní telefonní linku 250. V rámci KN probíhá proškolení zaměstnanců jednou za rok. Školení provádí lékaři Anesteziologicko-resuscitačního oddělení se specializovanou způsobilostí. O školení jsou vedeny záznamy včetně prezenční listiny (37, s. 7).

K prověření připravenosti na akutní příhody patřilo i cvičení simulující nehodu autobusu, kterého se nemocnice účastnila dne 19.9.2013. Zapojených 222 osob trénovalo příjem velkého množství raněných, jejich ošetření a přijetí k hospitalizaci. Cvičení bylo ve spolupráci s hasiči, záchrankou, policií a FN Plzeň, připravovalo se zhruba půl roku. Bylo rozšířeno i o zkušenosti z dubnové nehody francouzského autobusu na Rokycansku. Dle ředitele nemocnice Františka Lešundáka, nemocnice obstála velmi dobře. Přínos cvičení spočíval v poučení, které kroky uspořádat v realitě jinak (29).

5.6 Pracovní podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče-spokojenost sester

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce řeší vztahy mezi zaměstnanci a zaměstnavateli. Upravuje podmínky pro vykonávání ošetrovatelské péče jako je například délka dovolené, nebo pracovní doba. Zákoník práce upravuje v § 88 i podmínky a pravidla přestávky na jídlo a oddech. Začátek a konec přestávky na oddech určuje výhradně zaměstnavatel. V Klatovské nemocnici a.s. je tato přestávka závazně stanovena v příloze provozního řádu jednotlivých oddělení. Zaměstnavatel musí mít přehled o tom, kdy a případně kteří zaměstnanci se mají v konkrétní dobu nacházet na pracovišti (34, s. 2-4).

Zákon 96/2004 Sb. stanovuje zdravotnickým a jiným odborným pracovníkům povinnost celoživotního vzdělávání v příslušném oboru. Vedení Klatovské nemocnice a.s. respektuje potřebu zvyšování kvalifikace sester studiem zdravotnických oborů na vysokých školách, na vlastní náklady, ale pouze za předpokladu, že budou respektovat nemocnicí určené požadavky. Jelikož uvolňování ke studiu nesmí narušovat ani ohrožovat provoz oddělení. Pokud jde o zaměstnance pracujícího v jednosměnném provozu, nahrazuje si neodpracovanou směnu strávenou studiem, čerpáním řádné dovolené, neplaceným volnem nebo náhradní směnou. Klatovská nemocnice hradí v rámci vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků pouze specializační studia nezbytná pro vykonávání jejich profese, kurz periferní žilní kanylace pro nově nastupující všeobecné sestry a akce v rámci zaškolení se zacházením s novým technickým vybavením (33, s. 5-7).

5.7 Jazyková připravenost pro komunikaci s pacienty

Komunikace představuje jedno z nejslabších míst celého našeho zdravotnictví. Důkazy o tom nalzáme v soudních sporech, které proti zdravotnickým pracovníkům vedou jejich pacienti, nebo ve stížnostech, které jsou adresovány managementu nemocnic. Tyto stížnosti i zahájené soudní spory se obvykle netýkají odborné kompetence zdravotníků, nýbrž komunikace. Prostor, ve kterém může docházet k nedorozumění či konfliktům je velký. V 80 procentech případů má komunikaci s pacientem ve svých rukou zdravotnický personál. Sestra proto musí umět s pacientem efektivně komunikovat (41, s. 65).

Komunikace je závažnou problematikou, její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a jazykovými dovednostmi sester. Komunikace je pro sestru celoživotní proces učení se. Komunikace má v ošetrovatelství své důležité místo a její výuka je pro sestry

nezbytná. Neznalost jazyka a nedostatečná jazyková připravenost sester u nás je příčinou bariéry mezi sestrou a pacientem, který nemluví stejným jazykem. Pacient může mít pocit odsouzení a bezmocnosti. Mezikulturní komunikace se podstatně odlišuje od monokulturní komunikace. U mezikulturní komunikace do komunikování vstupuje jedinec s odlišnými způsoby vnímání a hodnocení skutečnosti. Cílem pro přípravu zdravotnických pracovníků pro mezikulturní komunikaci musí být proto i poznání a pochopení odlišnosti jiné kultury, ale i schopnost komparace obou kulturních modelů. Znalost cizího jazyka vyžaduje nejenom schopnost mluvit v cizím jazyce, ale i schopnost pochopení významu slov, schopnost číst v cizím jazyce a schopnost písemně komunikovat. I když zdravotnický pracovník zvládne technicky jiný jazyk a zároveň neporozumí kultuře jiného národa, tím mohou vznikat komunikační bariéry (3, s. 61-64).

V klatovské nemocnici existuje externí tlumočnický servis. V rámci zkvalitnění péče o pacienty jsou na ambulanci k dispozici informované souhlasy přeložené do anglického a německého jazyka (26, s. 18).

5.8 Edukace pacienta

Etický kodex České lékařské komory ukládá lékařům povinnost nemocného informovat o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik a o uvažované prognóze. Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě požaduje, aby pacienti byli informováni o svém zdravotním stavu. Zákon určuje, že poučení podává lékař. Sestry podávají poučení v rámci svých profesních kompetencí a činností. Sestra poučuje pacienta o ošetrovatelských problémech a ošetrovatelských výkonech, které identifikuje, řeší a provádí. Sestry v ČR nejsou ze zákona oprávněny informovat pacienta o diagnóze, prognóze a postupu léčby. „*Úmluva o lidských právech a biomedicíně*“, která patří v ČR k nejvýše právně závazným normám, uvádí, že každý má právo znát všechny informace o svém zdraví. Pokud ale pacient nechce být informován, má být jeho přání respektováno (38, s. 85-87).

Edukace označuje situace, při nichž dochází k učení. Jde o řízený proces změn kvality jejich účastníků. Písemné materiály pro pacienty jsou důležitou součástí edukace, jelikož shrnují poskytnuté informace. Pacient v každém zdravotnickém zařízení má právo na edukaci. Je důležité edukovat pacienta, ale i jeho blízké. Edukace se soustřeďuje nejen na fyzikální stránky nemoci, ale i na stránku psychickou, sociální a duchovní. Edukace je nejúčinnější, pokud se přizpůsobí fyzickým, emocionálním, intelektuálním a kulturním

možnostem pacienta. Edukace pacienta má být srozumitelná, neměla by být používána odborná terminologie nebo slangová označení. Má být realizována v jazyce, kterému pacient rozumí a má být o ní proveden záznam do zdravotnické dokumentace (2, s. 117-119).

„Zkvalitnit edukaci pacientů a zaměřit ošetrovatelské činnosti na sekundární a terciární prevenci“ je prioritou ošetrovatelské péče v Klatovské nemocnici (26, s. 17).

5.9 Vystupování ošetrujícího personálu

Profesionální vystupování je jednání, které je přátelské, srozumitelné, konstruktivní, přesvědčující a vzbuzující důvěru pacienta. Je to způsob, kterým se každý profesionál projevuje navenek v rámci své profese a pacient si utváří podle kvality jeho komunikačních dovedností na něj názor. Kvalitním profesionálním vystupováním a komunikací může zdravotnický pracovník zabránit vzniku konfliktních situací ve vztahu s pacientem (32, s. 3).

Pro první kontakt sestry s pacientem na ambulanci je důležitý úsměv. Ve zdravotnictví bývá pacient v roli závislého, má submisivní postavení. Personál je naopak v dominantním postavení. Úsměv pomáhá upravit sociální nerovnováhu. Úsměvem sestra navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu. Důležitá je nejenom komunikace vstřícným přístupem ošetrujícího personálu, ale i komunikace úpravou zevnějšku. Pod komunikací vzhledem či úpravou zevnějšku na ambulanci rozumíme čistý a upravený předepsaný oděv personálu včetně jmenovky na viditelném místě (3, s. 71).

Sestra, která by nebyla adekvátně oblečena a upravena, vyvolává v pacientovi nejistotu a pochyby (41, s. 69).

S pacientem se při prvním kontaktu pozdravíme a podáme mu ruku. Pacienta vždy oslovujeme příjmením, pokud má titul, tak titulem. Pokud se předpokládá delší rozhovor, nabídneme mu místo k sezení, které umožňuje oboustranný přímý oční kontakt. Všechny úkony, které se u pacienta předpokládají, popisujeme a vysvětlujeme. Informace podáváme jasně, stručně, zřetelně, přizpůsobené jeho mentálním schopnostem. Nepoužíváme cizí termíny a ověřujeme si dotazem, zda nám rozumí. Hovoříme vlídným, mírným, klidným, ale výrazným hlasem (32, s. 5).

„Citlivě přistupovat a slušně se chovat ke klientům s patřičnou dávkou empatie“.

„Preferovat otevřenou komunikaci a týmovou práci v pracovním kolektivu“ (26, s. 16).

Ale i moderní, partnerský, citlivý a empatický přístup k pacientům patří k důležitým úkolům pro ošetrovatelský personál v Klatovské nemocnici. Cílem profesionálního vystupování i komunikace ze strany zaměstnanců této nemocnice je zlepšení přístupu k pacientům (32, s. 6).

5.10 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v nestátních zdravotnických zařízeních

Většina státních nemocnic je zadlužena, ale mají za sebou někoho, kdo za ně dluhy platí. Soukromý vlastník tuto možnost nemá a od samého počátku dle toho nastavuje management svého zařízení a výběr personálu. Soukromé kliniky se liší především v přístupu k pacientům. Vyšetření pacientů probíhá bez hodin sezení v čekárně. Vstřícnost, příjemné prostředí a respektování soukromí pacienta jsou samozřejmostí. Když vejdete do ordinace, lékař vám podá ruku a představí se. Neexistuje, aby sestra přišla a neusmívala se. Při objednání hned jdete na řadu bez čekání. Soukromé kliniky nabízí rodinné prostředí, atmosféru a individuální přístup. Pro svůj personál vytvářejí vhodné pracovní podmínky a motivující platové ohodnocení. Jsou odlišné od velkých nemocnic, kde jsou davy nemocných a pacient tam ztrácí svou identitu (46).

Praktická část

6 Formulace problému

Správně fungující a bezproblémový ambulantní sektor není snadné vytvořit. Trend ošetřování co největšího počtu pacientů ambulantně, bez hospitalizace, stoupá. Z toho plyne, že se zvyšuje i počet ambulantně ošetřených pacientů. Obrázek přeplněných čekáren, nespokojených pacientů a stresovaných sester jistě známe všichni důvěrně. Je možné z porovnání ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás a v Saúdské Arábii přinést nové poznatky a inspiraci vhodné ke zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás?

7 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je na základě porovnání obou ambulantních systémů odhalit rozdíly v jejich fungování. Získané rozdíly analyzovat a identifikovat možné poznatky a inspiraci pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás.

7.1 Dílčí cíle

Cíl 1: Identifikovat nové poznatky z porovnání připravenosti sester na akutní případy.

Cíl 2: Identifikovat nové poznatky z porovnání pracovních podmínek pro vykonávání ošetrovatelské péče a spokojenosti sester.

Cíl 3: Identifikovat nové poznatky z porovnání poskytování edukace pacientům.

Cíl 4: Identifikovat nové poznatky z porovnání jazykové připravenosti pro komunikaci s pacientem.

Výstupem výzkumu je návrh pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v České republice.

7.2 Výzkumné otázky

Na základě výše uvedeného problému a cílů jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

- Otázka 1: Jaký je rozdíl v připravenosti sester na akutní příhody v ambulantním sektoru u nás a v Saúdské Arábii?
- Otázka 2: Jaký je rozdíl ve spokojenosti sester s vytvořenými podmínkami pro poskytování ošetrovatelské péče u nás a v Saúdské Arábii?
- Otázka 3: Jaký je rozdíl v poskytování edukace pacientům u nás a v Saúdské Arábii?
- Otázka 4: Jaký je rozdíl v jazykové připravenosti sester u nás a v Saúdské Arábii?

8 Druh výzkumu a výběr metodiky

8.1. Metoda

Pro své šetření jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (39, s. 48).

8.2 Výběr respondentů

Pro svůj výzkum jsem oslovila zdravotnický personál s pracovní zkušeností z ambulantního sektoru v České republice a zdravotnický personál se zkušeností ze stejné oblasti v Saúdské Arábii, který splňoval určené kritérium pro respondenty. Zvoleným kritériem byla délka praxe v ambulantním sektoru v určené zemi minimálně půl roku. Kontakty na respondenty jsem získala díky spolupráci s pracovní agenturou zprostředkující práci v zahraničí pro zdravotnický personál a díky svým kontaktům z mého dřívějšího pracovního pobytu zde. Zbývající respondenty jsem získala z řad svých kolegyně pracujících v ambulantním sektoru v ČR.

Konečný počet respondentů účastnících se průzkumného šetření byl sedm. (šest české národnosti, jeden pocházející z Jihoafrické republiky). Celkový počet rozhovorů byl devět, jelikož dva z respondentů měli zkušenost z ambulantních sektorů z obou zemí. Z devíti rozhovorů byly čtyři s respondenty se zkušeností z ambulantního sektoru v Saúdské Arábii a pět se zkušeností z ambulantního sektoru u nás.

Jednalo se pouze o ženy. S respondentkami pracujícími v České republice a s jednou respondentkou pracující v Saúdské Arábii, která přiletěla domů na plánovanou dovolenou, jsem se setkala osobně. S ostatními respondentkami pracujícími v Saúdské Arábii jsem se spojila telefonicky. Rozhovor s respondentkou z Jihoafrické republiky probíhal v angličtině. (originál rozhovoru v angličtině – Příloha č. 3)

Všechny rozhovory jsem, po získaném souhlasu respondentů, nahrála na záznamové zařízení, následně přepsala. Rozhovor v angličtině jsem přeložila a dále analyzovala.

8.3 Způsob získávání informací

Hlavní skupinu metod sběru dat v kvalitativním výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek respondentům a získávání jejich odpovědí. Existují dvě krajní formy dotazování, na jedné straně dotazníky s pevně danou strukturou uzavřených otázek, na druhé straně volné rozhovory, jejichž struktura není předem dána. Dále existuje střední cesta v podobě polostrukturovaného dotazování. Vyznačuje se definovaným účelem, osnovou a velkou pružností celého postupu k získávání informací (39, s. 164).

Za ideální metodu pro sběr dat v kvalitativním výzkumu se považuje polostrukturované dotazování, proto jsem pro vlastní sběr dat zvolila formu polostrukturovaného rozhovoru. Pracovala jsem na základě vlastních otázek pro respondenty v českém jazyce (Příloha č. 1) a v jazyce anglickém (Příloha č. 2). Respondenty jsem seznámila s důvodem průzkumu a získala jejich souhlas.

9 Analýza a interpretace získaných údajů

V této kapitole jsou popsány polostrukturované rozhovory nejprve s respondentkami se zkušeností z ambulantního sektoru z ČR. Respondentky A, B, E popisují zkušenost ze státní sféry v ambulantním sektoru. Respondentka C popisuje zkušenost ze sektoru soukromého a respondentka D z obou sektorů. Dále navazují rozhovory s respondentkami se zkušeností z ambulantního sektoru z SA a samotná analýza všech rozhovorů.

9.1 Respondent A se zkušeností z České republiky

Identifikační údaje:

Pohlaví: žena

Věk: 40 let

Délka praxe: 16 let (bez MD)

Délka praxe v ambulantním sektoru: 11 let (bez MD)

Dosažené vzdělání: SZŠ všeobecná sestra

Pracovní zařazení: všeobecná sestra, jednosměnný provoz, oční ambulance

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Co se týče akutních příhod na naší ambulanci týkajících se oftalmologie připravenost sester na ně je výborná. Připravenost sester na akutní problémy kardiovaskulárního systému na naší ambulanci nedokážu hodnotit, jelikož je naše sestry řeší výjimečně.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Na ambulanci máme umístěný košík s KPR pomůckami ve vyznačené, prosklené skříni a veškerý personál je obeznámen o jeho uložení. Telefonní číslo na ARO je umístěné na tabuli na dobře viditelném místě. Přenosný defibrilátor máme společný pro 3 ambulance (gynekologickou, oční a neurologickou).“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Naše připravenost na akutní příhody je prověřována 1x ročně, kdy probíhá školení všech lékařů a sester v nemocnici od ARO specialisty. Dále probíhá na našem pracovišti

1x ročně školení BOZP a v roce 2013 byla v naší nemocnici provedena zkušební akce pohotovosti zaměstnanců při zinscenovaném mimořádném hromadném neštěstí. “

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Ohledně zázemí to podle mého názoru záleží hlavně na lidech ve vedoucích funkcích. Což konkrétně v mém případě hodnotím jako dobré.

Finanční ohodnocení hodnotím jako špatné. Můj čistý plat je o 1000,- Kč nižší než v roce 2003. Před nástupem na moji druhou MD.

Přestávky v práci jsou na naší ambulanci dodržovány z 50%. Pracujeme přece s lidmi a ne se stroji (ty se nedají vypnout).

Ve vzdělávání mi nejsou kladeny překážky. Pokud se jedná o účast na seminářích nebo kongresech, v mém volném čase a dovolené, tak si ji hradím sama. Bakalářské vzdělání – kombinované studium jsem musela mít odsouhlasené vrchní sestrou. I toto vzdělávání absolvuji ve svém volném čase a hradím si sama. “

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Líbí se mi samostatnost v rozhodování i v práci, dále možnost komunikace s lidmi. A v neposlední řadě je to výrazně specifická, odborná a zajímavá sesterská práce. “

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Nelíbí se mi špatné finanční ohodnocení, psychická náročnost při komunikaci s lidmi a hlavně nedostatečná ochrana zdravotníka před agresivním pacientem. Práva pacientů jsou zdá se všemocná. “

- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?

„Vystupování ošetřujícího personálu na naší ambulanci je dle mého názoru velmi dobré. “

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„I pracovní vztahy hodnotím jako velmi dobré. “

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Edukaci poskytujeme formou ústní, písemnou pomocí letáků, brožur, informovaných souhlasů. Edukujeme i rodinu pacienta nebo jeho ošetrovatelský doprovod. Pokud je pacient například z domova pro seniory.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Není. U nás edukují všechny sestry.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„Dle platných standardů nemocnice písemně do příslušné ošetrovatelské dokumentace.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ano. V nemocnici jsou vybraní lékaři a sestry pro překlady do německého a anglického jazyka, které můžeme v případě potřeby kontaktovat.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Jazyková připravenost není dobrá ani u mladých sester, které z anglického nebo německého jazyka maturovaly.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR?

„Problém se netýká ambulantního systému, ale pojišťoven. Pojišťovny pracují jako nástroj řízený mafii a lobby jednotlivců, vlastnícih soukromé kliniky.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR?

„Očních ambulancí je v celé ČR dost, jsou kvalitně vybavené přístroji. Lékaři i sestry mají možnost celoživotního vzdělávání, i zahraničních stáží. Díky práci PL a DPL jsou včas zachyceny vrozené nemoci očního ústrojí u dětí, provádí se pravidelné kontroly u řidičů, zaměstnanců drah, HZS. Ve své práci jsem pyšná na odezvu spokojených

pacientů, na dobrý a pohodový kolektiv, na který se mohu spolehnout, na pěkné vztahy s externími očními lékaři a jejich sestrami.“

9.2 Respondent B se zkušeností z České republiky

Identifikační údaje:

Pohlaví: *žena*

Věk: *69 let*

Délka praxe: *40 let*

Délka praxe v ambulantním sektoru: *40 let*

Dosažené vzdělání: *střední zdravotnická škola + PSS ošetrovatelství*

Pracovní zařazení: *ORL ambulance*

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Připravenost sester na akutní příhody je u nás, dle mého názoru, dobrá.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Okamžitým zásahem přítomných zdravotnických pracovníků, eventuálně přivoláním pracovníků ARO.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Jedenkrát ročně probíhá školení KPR. Školitelem je lékař z ARO oddělení.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Vytvořené pracovní podmínky odpovídají standardu, platové ohodnocení je nízké.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Kontakt s pacienty všech věkových kategorií a možnost jejich edukace.“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Občasné agresivní chování pacientů, které vzniká nesprávným postupem praktických lékařů, kteří ne vždy dobře diagnostikují. Klamavá reklama sdělovacích prostředků – vezmu si jednu tabletku a jsem zdrav.“

- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?

„Ve většině případů bez připomínek, ale jsme jenom lidi a dovede nás někdo vytočit.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„Bez problémů.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Edukaci poskytujeme verbální i písemnou - tištěný materiál. Jde například o edukaci po operacích, v podobě desatera jak se chovat po adenotomii. Dále edukaci u pacientů pracujících v riziku hluku. Nebo důležitá je v našem oboru i edukace o škodlivosti kouření.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Ne, edukaci provádějí všichni dle potřeby.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„Každý pacient má elektronický záznam o zdravotním nálezu a jeho součástí je popis edukace.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ne, jen vlastní dovednosti.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Je špatná.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR?

„Z praktických lékařů se stali rozdělovači, kteří přestali léčit a posílají na specializovaná pracoviště pacienty ne na speciální vyšetření, ale na klasické vyšetření. Tím se zbavují odpovědnosti, finanční náročnosti a i pacientů.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR?

„Vzdělanost zdravotnického personálu. Dostupnost zdravotní péče. Vybavení pracovišť.“

9.3 Respondent C se zkušeností z České republiky

Identifikační údaje:

Pohlaví: žena

Věk: 43 let

Délka praxe: 26 let

Délka praxe v ambulantním sektoru: 8 let

Dosažené vzdělání: Bc., ARIP specializace

Pracovní zařazení: IVF klinika

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„O.K., 2 ze sester měly zkoušku z ARIP, vybavení je dostatečné.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Akutní příhoda byla u nás jen jedna za dva roky, zvládnutá na místě pod vedením lékaře anesteziologa a sestry s ARIP specializací.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Jednou ročně školením BLS.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?
„Výborně, byla jsem velice spokojena na české poměry.“
- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Ranní směny, ve svém věku už nezvládám noční a mám stále malé děti.“
- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Nevím.“
- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?
„Pracovala jsem na soukromé klinice, kde sestra s nevhodným chováním je propuštěna a ne jedna.“
- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?
„Vztahy mezi personálem výborné, majitel pes, ale dobře platil.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?
„Ohledně léčby, kterou podstupují.“
- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?
„Všechny sestry se střídají a jsou proškolené.“
- Jak provedenou edukaci dokumentujete?
„Podpisem pacienta a sestry ve formuláři.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?
„Jsou přijímány pouze sestry, které hovoří anglicky či německy.“
- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Pokud má klinika tyto požadavky má trochu potíže, když potřebuje najít nový personál.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR?
„Soukromá klinika super.“
- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR?
„Nevím, na soukromé klinice řízené přísným šéfem vše fungovalo perfektně.“

9.4 Respondent D se zkušeností z České republiky

Identifikační údaje:

Pohlaví: *žena*

Věk: *23 let*

Délka praxe: *5 let*

Délka praxe v ambulantním sektoru: *5 let*

Dosažené vzdělání: *bakalářské*

Pracovní zařazení: *Soukromá klinika estetické a plastické chirurgie Praha*

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?
„Na oddělení pooperační péče (po plastických operacích) jsme na akutní příhody připraveni, řekla bych, dobře. Máme zde zkušeného anesteziologa - který nás v oblasti akutních příhod sám školí. Zatím jsme (naštěstí) žádnou AP neměli, ale co se vybavení na oddělení týče, máme klasický resuscitační kufr, kde jsou všechny potřebné základní léky i pomůcky od ambuvaku, po pomůcky k intubaci.“
- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?
„Pokud by se AP stala ve dne - je zde přítomen anesteziolog. Sestra jej zavolá a jde okamžitě resuscitovat, popřípadě se pacientovi věnuje jinak. Dále se řídí pokyny lékaře. Lékař neslouží noční služby, pouze má pohotovost na mobilu. V tomto případě voláme záchrannou službu.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Ústním zkoušením anesteziologa.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Velmi dobře. Není nic, v čem bych viděla problém.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Jelikož jsem v minulosti pracovala ve státním sektoru (chirurgie), tak mi velmi vadilo, že se zdravotnický personál zabýval spíše dokumentací, protože na pacienta nezbyval čas. Nynější práce v soukromém sektoru mi umožňuje plně se věnovat klientům, popovídat si s nimi... Zkrátka pro ně udělat maximum. Hlavním problémem ve státních zařízeních je podle mě velký nedostatek personálu, to se projevuje především v péči o pacienty, v komunikaci, ve vztazích mezi personálem atd.“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Jsem spokojená.“

- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?

„Pro soukromou kliniku je vystupování personálu hlavní vizitkou. Snažím se tedy klientům vyjít maximálně vstříc. Myslím si, že personál je spokojen. Žádnou stížnost jsme neměli.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„Máme malý kolektiv, vztahy středního personálu jsou podle mě velmi dobré.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Edukace o budoucím zákroku, anesteziologické poučení, podmínky o platbě, poučení o péči o operovanou oblast, o kontrolách, o převazech.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Není, edukaci provádí nejčastěji sestra a také lékař.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„Každá edukace má svůj záznam, který pacient i sestra stvrdí podpisem.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ano. Cizí jazyky umí velmi dobře i naše recepční.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Všechny ovládáme angličtinu, dále pak trochu ruštinu. Pokud daný jazyk neumíme, vyhotovíme tabulku s důležitými slovíčky a snažíme se klientovi porozumět.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR?

„Ve státním sektoru je to nedostatek času na pacienta, který zdravotnický personál musí věnovat vyplňování dokumentace a nedostatek personálu.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR?

„Odborná vzdělanost a znalosti zdravotnického personálu.“

9.5 Respondent E se zkušeností z České republiky

Identifikační údaje:

Pohlaví: *žena*

Věk: *36 let*

Délka praxe: *13 let*

Délka praxe v ambulantním sektoru: *13 let*

Dosažené vzdělání: *vysokoškolské – Bc.*

Pracoviště: *ČR – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Interní oddělení Strahov,*

Hemodialýza, Peritoneální dialýza – ambulantní pacienti i péče o přijaté pacienty.

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Připravenost byla průměrná.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Personál na klinice je zodpovědný za poskytnutí neodkladné první pomoci (CPR apod.), po té byl pacient většinou přijat na lůžkové oddělení nebo přivolána RZP pro převoz na JIP.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„2-3x ročně probíhal kurz KPR pro všechny zdravotnické zaměstnance. Jinak připravenost prověřována nebyla.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Finanční ohodnocení špatné, přestávky a možnosti vzdělávání vyhovující, zázemí dobré, firmy zásobující oddělení zdravotnickým materiálem pravidelně sponzorovaly kulturní a sportovní akce pro lékaře a sestry, management podporoval „team-building“ aktivity.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulancním sektoru)?

„Větší důraz na edukaci pacientů a podpora jejich samostatnosti.“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulancním sektoru)?

„Pro velké množství pacientů a díky časovému tlaku není vždy možné věnovat dostatek času individuálním pacientům, často na úkor edukace a prevence.“

- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?

„Pacient byl vždy na prvním místě, nesetkala jsem se s nevhodným přístupem personálu k pacientům. Pacienti ale neměli možnost podat stížnost na speciálním oddělení či speciální osobě, která by měla pravomoc a povinnost danou pracovní smlouvou pacientův problém vyřešit či dořešit.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„Měla jsem spolupracovníky z různých koutů ČR, SR, Maďarska – hraniční oblast se SR, Ukrajiny, Kazachstánu a mohu říct, že pracovní vztahy byly velmi dobré. Myslím si, že čím rozmanitější složení zaměstnanců a to i genderově – muži, ženy, tím lépe pro kolektiv i kulturní povědomí jednotlivců.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Prevence komplikací jejich chronických onemocnění, prevence infekcí, péče o cévní přístup pro dialýzu, prevence pádů a úrazů, nutriční edukace, účinky, režim a vedlejší účinky léků.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Nebyla. Edukaci prováděli všichni lékaři, sestry, psycholog, dietní sestra.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„Neexistovala dobrá dokumentace a zodpovědnost za edukaci pacientů, takže víceméně záleželo na dobré vůli zdravotnického personálu.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ne, i přesto že jsme měli několik zahraničních pacientů.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Velmi slabá v ČR. Zdravotnický personál alespoň ve větších městech by měl mít alespoň průměrnou znalost angličtiny. Zaměstnavatelé by toto měli vyžadovat a aktivně podporovat jazykovou edukaci. Z nedorozumění v komunikaci pacient x zdravotnický personál mohou vzniknout život ohrožující zanedbání a komplikace a následná zákonná odpovědnost a postihy zdravotnických zařízení.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR?

„Jazyková a kulturní vzdělanost je slabá, plánování objednávek pacientů a dokumentace dezorganizovaná, chybějící elektronická dokumentace a plánování objednávek, nedostačující edukace pacientů a prevence, často špatný přístup personálu k pacientům, bez respektu, obzvlášť ve státních zdravotnických zařízeních.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR?

„Většinou široká znalost a dovednosti zdravotnického personálu na ambulancích i mimo svůj obor.“

9.6 Respondent A se zkušeností ze Saúdské Arábie

Identifikační údaje:

Pohlaví: *žena*

Věk: *36 let*

Délka praxe: *13 let*

Délka praxe v ambulantním sektoru: *13 let*

Dosažené vzdělání: *vysokoškolské – Bc.*

Pracoviště: *King Faisal Specialist Hospital Riyadh, SA, Royal Clinics of The Custodian of The Two Holly Mosques, SA*

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Připravenost je dobrá, na obou klinikách se musí pravidelně absolvovat kurzy CPR pro různé věkové kategorie pacientů, prezentace týkající se akutních příhod různého typu připravené a prezentované jak klinickými instruktory, tak sestrami samými.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Personál na klinice je zodpovědný za poskytnutí neodkladné první pomoci (CPR apod.) a za přivolání speciálního týmu (Rapid Response Team – Tým Rychlé Reakce), který poskytne další odbornou péči, rozhodne o dalším managementu pacientova stavu, zajistí transfer na JIP, odborné lůžkové oddělení, emergency, operační sál apod. Tento tým sestává z 1 sestry, respiratory therapist (sestra starající se pouze o zabezpečení dýchacích cest a adekvátní oxygenace pacienta) a lékaře intenzivisty. Tým pokrývá celou nemocnici. Po příchodu týmu k akutnímu případu na klinice, tým přebírá odpovědnost za pacienta,

ale primární sestra je k dispozici týmu, předá veškeré informace o pacientovi. Pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, předává pacienta na toto oddělení společně s RRT.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Kliničtí instruktoři pravidelně organizují cvičné akutní situace (mock codes) na klinice.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Finanční ohodnocení v SA je několikanásobně lepší, je však kladena mnohem větší odpovědnost na sestry, větší rozhodovací pravomoci a samostatnost v rozhodování v akutních případech je nutností. Možnosti vzdělávání jsou velmi bohaté, jak v rámci nemocnice, kliniky, tak konference s mezinárodní účastí organizované jinými organizacemi. Sestry se také povinně podílejí na projektech zlepšujících kvalitu péče jak v rámci oddělení tak celé organizace, míra zapojení do těchto projektů se odráží na ročním hodnocení, na kterém závisí zvýšení platu. To stejné platí pro vzdělávání.

Přestávky: 12 hodinová služba – 1 hodinu oběd, 2x 15 minut svačina, 8,5 hodinová služba – 30 minut oběd, 2x15 minut svačina. Placená dovolená minimálně 50 dní.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Větší důraz na edukaci pacientů a podpora jejich samostatnosti, pacienti všech věkových kategorií. Prohloubení sesterských dovedností a zkušeností s rozdílným přístupem a komunikací s různými věkovými kategoriemi pacientů.

Na Royal Clinics je to široký záběr odborností, pacienti přicházejí s akutními případy, pravidelné dětské prohlídky, specializované prohlídky (ORL, GYN, oční, menší plánované zákroky, domácí péče). Specializovaní lékaři docházejí v případě potřeby na kliniku k určitému pacientovi (plánovaně).“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Pro velké množství pacientů a díky časovému tlaku není vždy možné věnovat dostatek času individuálním pacientům, často na úkor edukace a prevence.“

- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?

„Pacient je vždy na prvním místě. Většina zdravotnických zařízení má oddělení stížností pacientů, o kterém jsou pacienti informováni a využívají ho. Při první návštěvě pacienta je tento obeznámen se svými právy a povinnostmi a cedulka s touto informací je umístěna ve všech čekárnách a ambulancích. V místní kultuře je nepřijatelné vyjadřovat neúctu, opovržení a podobné negativní emoce k nemocným a seniorům.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„V SA pracují jako zdravotnický personál lidé z celého světa, takže je někdy náročnější si zvyknout na zvyky různých kultur kolegů v práci, většina zdravotnických zařízení i jednotlivých klinik se však snaží přibližovat pracovníky různých kultur organizováním různých akcí (rauty, kulturní akce, oslavy narozenin a jiných důležitých událostí).“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Prevence komplikací jejich chronických onemocnění, prevence infekcí, péče o cévní přístup pro dialýzu, prevence pádů a úrazů, nutriční edukace, účinky, režim a vedlejší účinky léků.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Na dialýze ano. Ale edukaci poskytují průběžně všechny sestry a primární sestry jsou zodpovědné za edukaci svých pacientů (každá sestra má přiděleny 3-4 pacienty v chronickém dialyzačním programu, u kterých je zodpovědná za kompletní ošetrovatelský proces a plán péče v průběhu delšího období).“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„V KFSH elektronicky v celo-nemocničním systému, kde je zaznamenána veškerá dokumentace o všech pacientech nemocnice a na dokumentaci edukace pacienta je určen zvláštní formulář.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ano, každé oddělení a klinika má administrativního pracovníka, který působí i jako překladatel a tlumočnick.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Podmínkou pro získání zaměstnání sestry v SA je znalost angličtiny, což je zde úřední jazyk. Kurzy arabštiny jsou organizovány většinou zdravotnických zařízení, což však není podmínkou, jelikož jsou k dispozici překladatelé nebo arabští kolegové a většina pacientů má alespoň základní znalost angličtiny.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v SA?

„Je třeba klást mnohem větší důraz na primární a domácí péči a prevenci. Systém zde se pomalu mění, ale stále je převážně zaměřen na léčbu nemocí a komplikací než na prevenci. Dostupnost jakékoli zdravotnické péče v odlehlých oblastech je také velmi slabá a pacienti většinou přicházejí do specializovaných center ve velkých městech ve velmi zanedbaném stavu.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v SA?

„Elektronický systém dokumentace a objednávání pacientů – lepší přehled a dosažitelnost informací o zdravotním stavu pacienta, lepší návaznost péče, jednodušší rozložení pracovní zátěže v průběhu dne, přehlednější plánování.“

9.7 Respondent B se zkušeností ze Saúdské Arábie

Identifikační údaje:

Pohlaví: žena

Věk: 43 let

Délka praxe: 26 let

Délka praxe v ambulantním sektoru: 8 let

Dosažené vzdělání: Bc., ARIP specializace

Pracovní zařazení: KFSH & RC Rijad, 2 roky IVF klinika, 2 roky RHB

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Podstatně horší než v ČR.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?
„Volat RRT- rapid response team.“
- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?
„BLS každé 2 roky, mock codes.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?
„Nejsem spokojená se svým platem, ostatní nemocnice dávají vyšší platy, pauza na oběd je lepší než v ČR, ostatní hodnotím jako stejné.“
- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Práce v na ambulanci se mi líbí stejně v ČR i v SA.“
- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Někdy pracuji 13 i více dní v tahu, ale mám to zaplacené jako přesčasy.“
- Jaké je vystupování ošetrojícího personálu?
„Jak kdo, jak kdy. Celkově je hodnotím jako horší než na soukromé klinice v ČR.“
- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?
„Pracovní vztahy jsou u nás dobré.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?
„Stejný jako v ČR. Týkající se léčby a plánovaných zákroků.“
- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?
„Jsou to všechny arabsky mluvící kolegyně.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?
„Dokumentujeme ji podpisy na formuláři.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?
„Ano, ale nefunguje na 100%.“
- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?
„Arabsky se učíme za pochodu.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v SA?
„Pacienti nikdy nedodrží objednávací dobu.“
- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v SA?
„Žádná.“

9.8 Respondent C se zkušeností ze Saúdské Arábie

Identifikační údaje:

Pohlaví: *žena*

Věk: *43 let*

Délka praxe: *23 let*

Délka praxe v ambulantním sektoru: *12 let v Saúdské Arábii*

Dosažené vzdělání: *RN, RPN, RCN, BA, MA, DNP (studující) univerzita v San Francisku*

Pracovní zařazení: *Program Director (Programový ředitel), Ambulatory Care Nursing (ambulatorní ošetrovatelská péče) - Executive Advisory, Nursing Administrator (vedoucí poradní, správce ošetrovatelství) v KFSH & RC*

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní případy

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní případy na vaší ambulanci?
„Sestry jsou dobře připravené na akutní případy svými dovednostmi i schopnostmi, na základě svého vzdělání a kurzů, například BLS,PALS, ACLS. Kromě toho mají přístup k RRT (rapid response team) a code teams (kódové týmy) na klinikách ambulantní péče.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?
„Systém funguje dobře. Zásahující sestry jsou kvalifikované a kompetentní jednat včas, s velkou týmovou soudržností, v souladu s nemocničními pravidly a využitím stávajících nemocničních zdrojů.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?
„Kontrola kompetencí sester klinickými instruktory, pomocí mock kodů, požárních cvičení na klinikách, pomocí vnějšího žlutého kódu cvičných příhod.“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?
„Druhů školení a vzdělávání je nepřehledné množství, probíhá i během pracovní doby. Platy zde jsou však rozporuplné, protože Saúdská Arábie je jediné místo na světě, kde dvě sestry dělají přesně stejnou práci a funkci a každá z nich dostane jiný plat, na základě země svého původu a cestovního pasu. Naše zdravotnické zařízení je však skvělým místem pro zaměstnání, jelikož jde o jedno z předních světových zařízení terciární péče s nejmodernějšími technologiemi a nejmodernějším vybavením. Naše zařízení velice podporuje potřeby zaměstnanců, neboť zaměstnanci jsou převážně expatriaté.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Jako správce 25 klinik ambulantní péče, s 25 specializovanými klinikami, které zahrnují procedurální a neprocedurální kliniky, mám ráda rozmanitost pracovníků a fenomenální schopnosti sester, které přinášejí do nemocnice přes zemi jejich původu. Jako dříve pracující ambulantní sestra jsem měla ráda kolegiální týmovou práci a zábavu zároveň, kterou sestry měly během náročné péče o pacienta.“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
„Skutečnost, že platy jsou rozporné. Snižuje to morálku a ztěžuje to zůstávání sester.“

- Jaké je vystupování ošetrujícího personálu?

„Chování se liší od příkladného profesionálního chování k nevhodnému chování na pracovišti. Musím dodat, že platy, které jsou odlišné, narušují schopnost sester zůstat profesionální.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„Sestry jsou rodině a týmově orientované, starší pracovníci mají silné vazby a novější pracovníci mají těžší ustálení v týmu.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Vzdělávání pacientů je poskytováno v angličtině a arabštině, oddělením výchovy ke zdraví a sestrami, pomocí písemného materiálu a on-line vzdělávání pacientů na nemocničních webových stránkách a dále i pomocí televizních vzdělávacích pořadů na klinikách v čekárnách.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Ano, zdravotní edukátor.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„On-line dokumentací v ICIS (celo-nemocničním systému) a dokumentace edukace je i součástí papírové dokumentace.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ano.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„Jazyk a komunikace je skvělá u starších sester, když se naučí arabštinou je pro ně jednodušší komunikovat s pacienty. Pro novější sestry je to výzva, dokud se nenaučí jazyk. Emocionální aspekt péče a empatie zdravotních sester ve vztahu k pacientovi je ovlivněna jazykovou bariérou u populace pacientů, kteří mluví arabštinou.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v SA?

„Slabinou byla nedávná strukturální změna, kde 25 klinik bylo přerozděleno a jinak přiděleno v rámci kontinuální ambulatorní péče, aby bylo spravováno pod příslušnými lůžkovými odbornostmi. Toto roztržité rozdělení vytváří ředěnou soustředěnou péči v ambulantních službách.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v SA?

„Silnou stránkou je přístup ke zdrojům. Ambulantní oddělení má 650 zaměstnanců, 15 vrchních sester, 19 asistentů vrchních sester, 21 klinických koordinátorů, 69 členů pomocného personálu a 30 tlumočnicků. Jsem hrdá na to, že mohu být správcem ve vedoucí nemocnici na světě v terciární péči, která se nachází na Blízkém východě. Se sestrami z 84 různých zemí světa. Pacienti zde mají přístup ke špičkovým zdravotnickým zařízením, lékům a ošetrovatelské péči.“

9.9 Respondent D se zkušeností ze Saúdské Arábie

Identifikační údaje:

Pohlaví: žena

Věk: 38 let

Délka praxe: 13 let

Délka praxe v ambulantním sektoru: 6 let

Dosažené vzdělání: Bc.

Pracovní zařazení: ORL klinika, KFSH & RC

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?

„Připravenost sester hodnotím jako dobrou, díky místnímu systému vzdělávání a prověřování znalostí a reakcí personálu.“

- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?

„Okamžité poskytnutí neodkladné pomoci a dále volat RRT (Rapid Response Team) či určené kódy.“

- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

„Jednou za dva roky skládáním zkoušek z BLS a pomocí mock kódů (cvičné kódy).“

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?

„Platové podmínky jsou zde mnohem lepší než v ČR, ale pokud by se někdo rozhodl jet do takovéhle země pouze za účelem finančním, tak je to velká chyba, protože na to musí být dostatek odvahy a pevných nervů. Zázemí, přestávky v práci i obrovské možnosti vzdělávací jsou zde na vysoké úrovni.“

- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Nejkrásnější dojem na mě udělal jejich úžasný vztah k rodině. Kdy za jakýchkoli okolností, pokud někdo z rodiny stůně, rodinní příslušníci ho doprovází k lékaři na každé vyšetření.“

- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?

„Časový tlak na některých klinikách, kdy není dostatek prostoru se věnovat dostatečně všem pacientům.“

- Jaké je vystupování ošetrojícího personálu?

„Osobně jsem se nesešla s neprofesionálním chováním ze strany personálu.“

- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

„Potkala jsem zde mnoho skvělých a vzdělaných lidí, se kterými se velmi dobře pracuje.“

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?

„Jde o edukaci týkající se léčby, prevence, péče o tracheostomickou kanylu apod.“

- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?

„Ano, na klinikách jsou osoby určené k edukaci pacientů. V našem případě je to například pro pacienty s tracheostomickou kanylou, tracheostomický koordinátor.“

- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

„Edukace se dokumentuje do příslušné pacientovy karty a dále i do elektronického nemocničního systému.“

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?

„Ano, existuje.“

- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

„První překážkou bylo, že většina obyvatelstva nemluví anglicky, což znamená nutnost naučit se arabštinu. Během prvních dvou měsíců jsem byla schopna pacienta pouze pozdravit a zbytek byl na řeči rukou. Momentálně vše, co pacientovi potřebují říci ohledně vyšetření a všech procedur, jsem schopná popsat v arabštině.“

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v SA?

„Mnoho zdravotní péče musí být bráno s ohledem na náboženství, pro některé procedury a vyšetření je třeba speciálního zázemí pro pacienty, aby vše odpovídalo pravidlům islámského náboženství. U vyšetření žen, když se musí odhalit na některá ORL vyšetření či gynekologická vyšetření nebo převazy ran, musí být přítomna pouze žena. Zabezpečení ošetrovatelské péče je velmi dobré, ale jelikož Saúdská Arábie nemá dostatek vlastních pracovních sil, musí ve zdravotnictví zaměstnávat mnoho zahraničních pracovníků.“

- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v SA?

„Jde o stránku finanční, zde se nesleduje cenová nákladnost vyšetření. Samozřejmě i díky finančním prostředkům je zde zdravotnictví na vysoké úrovni.“

9.10 Analýza rozhovorů

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody.

- **Respondenti se zkušeností z České republiky**

Respondenti B a C připravenost sester zhodnotili jako dobrou. Respondent C připravenost označil také jako dobrou, jelikož 2 sestry u nich pracující absolvovaly zkoušku z ARIP. Respondent E označil připravenost jako průměrnou. Respondent A odpověděl, že připravenost sester na akutní problémy kardiovaskulárního původu nedokáže zhodnotit, jelikož je sestry řeší výjimečně.

Místní systém řešení akutních příhod dle respondenta A i B je řešen okamžitým zásahem zdravotnických pracovníků a přivoláním lékaře z oddělení ARO. Respondent C odpověděl, že akutní příhodu měli za 2 roky pouze jednu, zvládl ji lékař anesteziolog a sestra se zkouškou z ARIP. Resuscitací, voláním lékaře anesteziologa při denní službě, při noční službě záchrannou službu, tak řeší akutní příhody na pracovišti u respondenta D. Respondent E, popsal systém jako poskytnutí neodkladné první pomoci a dále volání RZP pro převoz na JIP oddělení.

Prověřování připravenosti na akutní příhody 1x ročně pomocí školení KPR označil respondent B, C i A. Respondent A ještě připojil absolvování mimořádného zinscenovaného hromadného neštěstí pro jejich nemocnici v roce 2013. Respondent E uvedl absolvování 2-3 x ročně kurzu KPR. Pouze na pracovišti respondenta D se připravenost prověřuje ústním zkoušením lékaře anesteziologa.

- **Respondenti se zkušeností ze Saúdské Arábie**

Respondenti A, C i D připravenost zhodnotili jako dobrou. Díky místnímu systému vzdělávání a prověřování znalostí a reakcí, jako jsou kurzy CPR, pořádané pro různé věkové kategorie pacientů nebo prezentace týkající se akutních příhod různého typu vytvářené sestrami a klinickými instruktory. Dle respondenta B je připravenost v SA podstatně horší než v ČR.

Místní systém popisují všichni respondenti shodně. Neodkladné poskytnutí CPR, volat RRT či určené kódy.

Prověřování připravenosti udávají respondenti pomocí jednou za 2 roky skládáním BLS zkoušky, pomocí tzv. „cvičných kódů“, či kontrolou kompetencí sester klinickými instruktory.

Otázky zaměřené na pracovní podmínky, na poskytování ošetrovatelské péče

- **Respondenti se zkušeností z České republiky**

Respondenti A, B i E se shodli na nízkém platovém ohodnocení. (všichni popisovali státní sektor). Respondent B označil zbývající podmínky jako odpovídající standardu. Respondent E popisuje zázemí jako dobré, přestávky v práci a možnost vzdělávání jako vyhovující. Management na jeho pracovišti podporoval tzv. team-buildingové aktivity financované zdravotnickými firmami. Dle respondenta A zázemí záleží hlavně na lidech a udává je jako dobré. Přestávky v práci u nich jsou dodržované z 50%, vzdělání je mu umožněno, ale ve svém volném čase a náklady si hradí sám. Pouze respondenti C a D, pracující v soukromém sektoru jsou velmi spokojeni s platem i ostatními podmínkami.

Respondentům B i E se na práci v ambulantním sektoru líbí kontakt s pacienty, možnost edukace pacientů a podpora jejich samostatnosti. Respondent A označuje samostatnost v rozhodování, komunikaci s lidmi a zajímavou sesterskou práci. Pro respondenta C jsou pozitivem ranní směny, jelikož má malé děti. Respondent D pracujícímu v soukromém sektoru se líbí možnost plně se věnovat klientům, dělat pro ně maximum.

Na otázku, co se vám nelíbí na vaší práci v ambulantním sektoru, shodně odpověděli respondenti A i B, že jde o agresivní chování pacientů a nedostatečnou ochranu před ním. Respondent A k tomu dodává i špatné finanční ohodnocení a psychickou náročnost své práce. Respondent B přidává klamavou reklamu sdělovacích prostředků.

Respondent E se nelíbí velké množství pacientů a časový tlak, což má za následek méně času na individuálního pacienta, na jeho edukaci. Respondent D popisuje zkušenost ze státního sektoru, kdy čas věnovali hlavně dokumentaci na úkor pacienta. Dalším negativem byl nedostatek personálu, což mělo negativní dopad na komunikaci s pacientem a interpersonální vztahy. Respondent C na tuto otázku odpovídá, že neví.

Vystupování ošetřujícího personálu označuje respondent A jako velmi dobré. Respondent E se také nesetkal se špatným přístupem personálu, jelikož pacient je na prvním místě. Respondent B připouští, že chování je ve většině případů bez připomínek, ale jsme jen lidi. Respondenti C a D se shodují, že vystupování personálu je pro soukromou kliniku vizitkou. Respondent C doplňuje, že sestra s nevhodným chováním byla okamžitě propuštěna a ne jedna.

Ohledně pracovních vztahů se všichni respondenti shodli. Respondenti A, D i E je označují jako velmi dobré. Respondent E dodává, že čím rozmanitější složení zaměstnanců, tím lépe pro kolektiv. Respondent B říká, že bez problémů a respondent C popisuje vztahy mezi personálem jako výborné, pouze konstatuje, že majitel byl pes.

- **Respondenti se zkušeností ze Saúdské Arábie**

Respondent A označil platové podmínky v SA několikanásobně vyšší než v ČR, ale úměrně k tomu je zde vyšší samostatnost sester v rozhodování, obzvláště v akutních případech je to nutností. Možnosti vzdělávání jsou velmi bohaté, sestry se zapojují do vzdělávacích projektů, což se odráží na zvyšování platu. Přestávky v práci jsou zde dodržované. Respondent B je s platem nespokojen, jelikož ostatní nemocnice v SA platí českým sestrám více. Přestávky na oběd označil jako lepší než v ČR. Ostatní podmínky jsou podle něj stejné. Respondent C popisuje nepřeborné možnosti školení a vzdělávání, podporu potřeb zaměstnanců, ale co se týká platů, jsou odlišné pro sestry vykonávající stejnou práci. Výše platu závisí na jejich národnosti, z jaké země pochází. Respondent D popisuje platové podmínky jako lepší než v ČR. Zázemí, přestávky v práci i vzdělávací možnosti na vysoké úrovni.

Respondent A se na práci v ambulantním sektoru v SA líbí větší důraz na edukaci, podpora samostatnosti, široký záběr odborností a prohloubení sesterských dovedností a zkušeností. Respondent B se práce na ambulanci líbí stejně jako v ČR. Respondent C oceňuje rozmanitost pracovníků a kolegiální týmovou práci. Respondent D vyzdvihuje úžasný vztah k rodinným příslušníkům v arabských rodinách.

Negativem při práci v ambulantním sektoru v SA je pro respondenta A nedostatek času na pacienta na úkor edukace a prevence. Dle respondenta B je to práce někdy i 13 dní v tahu, ale zaplacená jako přesčas. Pro respondenta C jsou to již zmíněné odlišné platy pro sestry různých národností. Respondent D negativem označuje časový tlak na klinikách. Ohledně vystupování ošetřujícího personálu se respondent A vyjádřil, že pacient je na prvním místě. Na některých klinikách existují speciální oddělení na stížnosti pacientů. Pacienti jsou o jejich existenci informováni a využívají je. Uvedl dále, že v místní kultuře je nepřípustné vyjádřit neúctu, opovržení či jiné negativní emoce k nemocným a seniorům. Respondent B na otázku vystupování ošetřujícího personálu odpověděl, jak kdy a jak kdo. Celkově ho ale hodnotí jako horší než v ČR na soukromé klinice. Dle respondenta C se chování liší od příkladného profesionálního chování k nevhodnému. Odůvodňuje to

odlišností v platech, která narušuje schopnost sester zůstat profesionální. Respondent D se s neprofesionálním chováním na svém pracovišti neseťkal.

Pro respondenta B i D jsou pracovní vztahy dobré, respondent D dodává, že se zde setkal s mnoha skvělými lidmi, se kterými se velmi dobře pracuje. Podle respondenta A zde pracuje personál z celého světa a je tudíž někdy náročnější si zvyknout na zvyklosti kolegů z různých kultur. Pracovníci se sbližují na různých akcích – rauty, oslavy narozenin atd.

Respondent C odpovídá, že sestry jsou rodinně a týmově orientovány a služebně starší sestry mají mezi sebou silné vazby, což činí pro profesně mladší členy týmu problém v ustálení v týmu.

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- **Respondenti se zkušeností z ČR**

Na pracovišti respondenta A i B se provádí edukace ústní i písemnou formou, ve formě letáků, brožur, informovaných souhlasů, edukuje se pacient i jeho rodina či ošetrovatelský doprovod. Respondent B dodává, že jde o například o edukaci po operacích nebo edukaci pacientů pracujících v riziku hluku. Respondent C definuje poskytovanou edukaci jako edukaci týkající se podstupované léčby. Respondent D poskytuje na pracovišti edukaci o budoucím zákroku, anesteziologické poučení, podmínky k platbě, poučení o péči o operovanou oblast. Respondent ve výčtu uvádí, edukaci o prevenci komplikací chronických onemocnění pacientů, prevenci infekcí, péči o cévní přístup pro dialýzu, prevenci pádů a úrazů či nutriční edukaci.

Všichni respondenti shodně udávají, že na jejich pracovišti nemají speciálně určenou osobu k edukaci. Edukaci provádí sestry, lékaři. Na pracovišti respondenta E i psycholog nebo dietní sestra.

Na pracovištích respondentů A, B, C, D se edukace dokumentuje dle zvyklostí pracoviště. Dle standardů do ošetrovatelské dokumentace, podpisem pacienta a sestry ve formuláři či elektronickým záznamem. Pouze respondent E udává, že u nich neexistovala dobrá dokumentace a zodpovědnost za edukaci, záleželo na dobré vůli zdravotnického personálu.

- **Respondenti se zkušeností z SA**

Respondenti A, B, D udávají výčet druhů edukace poskytované na jejich pracovišti, například týkající se léčby a plánovaných zákroků, prevence infekce, prevence pádů a úrazů či nutriční edukace nebo edukace týkající se péče o tracheostomickou kanylu.

Respondent C popisuje celý systém edukace, který je prováděn jednak oddělením výchovy ke zdraví a jednak i samotnými sestrami. Vzdělávání pacientů probíhá v anglickém jazyce a arabském jazyce. Pacienti mají k dispozici i on-line vzdělávání na nemocničních webových stránkách a dále ještě televizní vzdělávací programy v čekárnách.

Na otázku o přítomnosti speciální osoby určené k edukaci odpovídají respondenti A, C, D shodně, že ano. Respondent C upřesňuje, že jde o zdravotnického edukátora. Respondent A označuje jako pracoviště dané osoby dialýzu. Jinak edukaci poskytují všechny sestry a primární sestry jsou za edukaci zodpovědné. U respondenta B na pracovišti edukaci poskytují všechny arabsky mluvící kolegyně.

Dokumentace provedené edukace probíhá dle respondentů A, C, D elektronicky v celonemocničním systému a zároveň je i součástí papírové dokumentace. Dle respondenta B způsobem dokumentování edukace jsou podpisy ve formuláři.

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- **Respondenti se zkušeností z ČR**

Existenci vlastního tlumočnického servisu popírají respondenti B, E, i přestože mívají zahraniční pacienty. Respondent A (státní sektor), odpovídá ano. Na jejich pracovišti jsou vybraní lékaři a sestry pro překlady v německém a anglickém jazyce, které je možno kontaktovat. Respondenti C, D (soukromý sektor), tlumočnický servis mají. Dodávají, že na kliniky jsou přijímány pouze sestry hovořící anglicky či německy. Veškerý personál, včetně recepční, jazyky ovládá.

Jazykovou připravenost sester respondenti A, B, C i E označují jako špatnou či velmi slabou. Dle respondenta A situace není lepší ani u mladých sester, které z angličtiny maturovaly. Respondent C uvádí, že pro soukromou kliniku je, díky špatným jazykovým znalostem sester, problém najít nový personál. U respondenta D (soukromý sektor), je jazyková připravenost personálu dobrá. Všichni ovládají anglický jazyk, částečně i ruský. Pokud jazyk neumí, vyhotoví tabulku s důležitými slovíčky a snaží se klientovi porozumět.

- **Respondenti se zkušeností z SA**

Existenci tlumočnického servisu potvrdili shodně všichni respondenti. Respondent A upřesňuje, že každé oddělení má svého administrativního pracovníka, který funguje jako překladatel. Respondent B dodává, že tlumočnický servis u nich existuje, ale nefunguje na 100%.

Na otázku o jazykové připravenosti odpovídají respondenti různě. Respondent A udává, že podmínkou získání práce v SA je nutnost znalosti angličtiny, jde o úřední jazyk. Kurzy arabštiny pořádá většina zdravotnických zařízení, ale není podmínkou pro zaměstnance se jich účastnit, jelikož na odděleních existují překladatelé či arabští kolegové a většina pacientů dle něj zná základy arabštiny. Respondenti B, D se shodují na nutnosti naučit se arabsky. Respondent B se arabsky učí za pochodu. Respondent C popisuje jazykové a komunikační dovednosti personálu jako skvělé u služebně starších sester. Pro mladší sestry je to dle něj výzva než se arabštinu naučí.

Doplňkové otázky

- **Respondenti se zkušeností z ČR**

Slabou stránku ambulantního systému v ČR vidí respondenti odlišně. Respondent A nevidí problém v ambulantním systému jako takovém, ale problém vidí v systému pojišťoven. Respondent B za slabou stránku označuje praktické lékaře, kteří se stali rozdělovači a klasické vyšetření pacientů neprovádí sami, ale posílají na ně pacienty na specializovaná pracoviště. Respondent C slabé stránky na soukromé klinice nevidí, ta je podle něj super. Respondent D za slabou stránku označuje nedostatek personálu a času na pacienta. Pro respondenta E je slabou stránkou slabá jazyková a kulturní vzdělanost personálu, chybějící elektronická dokumentace, dezorientovanost plánování a objednávání pacientů a dokumentace, nedostačující edukace pacienta a prevence i často špatný přístup personálu k pacientům, bez respektu (hlavně ve státním sektoru).

Za silnou stránku ambulantního sektoru označila většina respondentů A, B, D i E odbornou vzdělanost a znalosti zdravotnického personálu, vybavení pracovišť nebo dobrý kolektiv. Respondent C na tuto otázku odpovídá, že neví, jelikož na soukromé klinice vše fungovalo perfektně.

- **Respondenti se zkušeností z SA**

Slabé stránky ambulantního systému v SA vidí respondenti taktéž odlišně. Dle respondenta A je to špatná dostupnost zdravotnické péče pro pacienty z odlehklých oblastí a zaměřenost zdravotnického systému spíše na léčbu než prevenci. Pro respondenta B je slabinou nedodržování objednacích dob pacienty. Respondent C označuje slabým místem nynější strukturální změnu, přerozdělení klinik pod lůžkové odbornosti a tím zapříčiněné roztržité péče. Respondent D udává nedostatek vlastních pracovních sil a díky

náboženských zvyklostem nutnost speciálního zázemí na některá vyšetření nebo jen přítomnost ženy.

V silných stránkách ambulantního systému v SA se respondenti neshodují. Respondent A udává elektronický systém dokumentace, objednávání pacientů, lepší návaznost péče, jednodušší rozložení pracovní zátěže, přehlednější plánování.

Pro respondenta B žádná silná stránka neexistuje. Pro respondenta C je to přístup ke zdrojům a dostupnost špičkového zdravotnického zařízení, léků a ošetrovatelské péče pro pacienty. Respondent D označuje jako silnou stránku finanční možnosti, v SA se nemusí sledovat cenová nákladnost vyšetření.

10 Diskuze

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo na základě porovnání ambulantních systémů v ČR a v SA odhalit rozdíly v jejich fungování. Získané rozdíly analyzovat a identifikovat možné poznatky a inspiraci pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás.

Specifikovala jsem si čtyři dílčí cíle. Prvním cílem bylo identifikovat nové poznatky z porovnání připravenosti sester na akutní příhody. Cíl druhý byl identifikovat nové poznatky z porovnání pracovních podmínek pro vykonávání ošetrovatelské péče a spokojenosti sester. Třetím cílem bylo identifikovat nové poznatky z porovnání poskytování edukace pacientům. Posledním cílem bylo identifikovat nové poznatky z porovnání jazykové připravenosti pro komunikaci s pacientem.

Má první výzkumná otázka byla, *jaký je rozdíl v připravenosti sester na akutní příhody v ambulantním sektoru u nás a v Saúdské Arábii? (otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody)* Většina respondentů připravenost sester na akutní příhody v obou zemích hodnotila jako dobrou. Jeden respondent v ČR hodnotil připravenost jako průměrnou a jeden respondent připravenost v SA hodnotil jako horší než v ČR. Výsledná připravenost sester v obou zemích je dle mého názoru srovnatelná, i systém řešení akutních příhod je srovnatelný. Každý systém je vytvořen dle příslušného zdravotnického zařízení. V ČR je to neodkladné poskytnutí první pomoci a následné kontaktování oddělení ARO či RZP. V SA je to poskytnutí neodkladné pomoci a volání RRT či kódových týmů. Rapid Response Tým je Tým Rychlé Reakce, který poskytne odbornou péči, rozhodne o dalším postupu, zajistí přeložení pacienta na JIP, jiné odborné lůžkové oddělení či operační sál. Tento tým sestává z 1 sestry, „*respiratory therapist*“ (sestra starající se pouze o zabezpečení dýchacích cest a oxygenaci pacienta) a lékaře intenzivisty. Tým pokrývá celou nemocnici. Po příchodu týmu k akutnímu případu na klinice, tým přebírá odpovědnost za pacienta, primární sestra je k dispozici týmu, předává veškeré informace o pacientovi. Pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, předává pacienta na toto oddělení společně s RRT.

Dle mé osobní tříleté ambulantní zkušenosti z SA mohu potvrdit, že pro případ akutní příhody je vypracován přesný postup, který členové ošetrovatelského týmu musejí znát. Jde o tzv. kódové týmy. V případě nutnosti lékařské pomoci volat kód 7777. V případě nutnosti resuscitace dospělého volat modrý kód – „*code blue*“ 2222. U resuscitace dítěte

volat zelený kód – „*code green*“ 2222 atd. Přehlednou tabulku s postupem jsem měla uloženou z druhé strany své jmenovky, kterou jsem měla vždy na krku. Přenosný defibrilátor byl součástí vybavení naší kliniky. Všechny sestry byly proškolené v jeho používání. Pravidelně byla prováděna a dokumentována kontrola funkčnosti přístroje včetně povinného vybavení.

Odlišnost jsem zjistila v prověřování připravenosti sester na akutní příhody. Většina respondentů uvedla, že prověřování připravenosti v ČR je formou školení od lékaře z oddělení ARO, jednou či vícekrát ročně. Což je vlastně pasivní forma. Pouze na jednom soukromém pracovišti je prověřování připravenosti formou ústní zkoušky anesteziologem. V SA se připravenost prověřuje aktivně, jednak zkouškou z BLS. V případě KFSH & RC to je jednou za dva roky. Pokud sestra zkoušku z BLS nesloží, dostává možnost náhradního termínu zkoušky. Každá další opakovaná zkouška je pro sestru zpoplatněna nemalou částkou. Což je pro sestry velkou motivací. Schopnost a připravenost sester na akutní příhody se prověřovala i pomocí tzv. „*mock code*“ neboli falešného či cvičného kódu. S tímto kódem jste se mohli setkat kdekoliv a kdykoliv v rámci vašeho pracoviště. Moje první setkání s „*mock code*“ bylo na chodbě naší kliniky. Určený tým tvořený z „*Clinical Instructors*“ - edukátorů, nainscenuje akutní příhodu. Jeden položí figurínu na vyšetřovací křeslo, ošetrovací lehátko nebo třeba na zem na chodbu a volá o pomoc. Následuje pozorování a vyhodnocení správnosti reakcí a postupu ošetřujícího personálu, který musí odpovídat nastavenému standardu resuscitace.

Edukační program, BLS, stanovený postup v případě „*emergency*“ i nacvičování na „*mock code*“, bylo obrovskou pomocí při reálné úspěšné resuscitaci na naší klinice.

Sestry jsou odlišně školeny v SA než v ČR i k dodržování jednotného hygienicko-epidemiologického režimu, který platí pro všechny oddělení v nemocnici. Mezi požadované „*kompetence*“ týkající se hygienicko-epidemiologického režimu, které musely plnit sestry pracující na klinikách, patřily například „*infection control*“ (hygienu rukou) nebo „*aseptic technique*“ (aseptické techniky). Řada kompetencí se periodicky každoročně kontrolovala pomocí tzv. „*on-line check-offs*“ – on-line testů. Povinností zaměstnance je absolvovat elektronický test na požadované procento správnosti. Patřily mezi ně „*infection control*“ - hygiena rukou nebo se tímto způsobem plnily „*fire safety*“ a „*electrical safety*“ u nás známé jako školení bezpečnosti práce.

Má druhá výzkumná otázka byla, *jaký je rozdíl ve spokojenosti sester s vytvořenými podmínkami pro poskytování ošetrovatelské péče u nás a v Saúdské Arábii? (otázka zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče)*. Rozdíl v této oblasti zkoumání je velký. Respondenti ze státního sektoru v ČR označili platové podmínky jako nízké. Možnost vzdělávání mají, ale většinou jen ve svém volném čase a za vlastní finanční úhradu. Přestávky v práci nemohou dodržovat. Spokojeni s podmínkami byli pouze respondenti z ČR pracující v soukromém sektoru.

Platové podmínky v SA jsou několikanásobně vyšší než v ČR, ale úměrná k tomu je zde nutnost vyšší samostatnosti sester v rozhodování a sestry nesou i vyšší odpovědnost v případě pochybení a poškození pacienta, kdy poškozená rodina může sestru zažalovat. Takové případy už se staly. Přestávky v práci jsou zde dodržované. Já osobně si nejraději o polední hodinové přestávce chodila zaplavat. Možnosti vzdělávání jsou velmi bohaté, sestry se zapojují do vzdělávacích projektů, což se odráží na zvyšování jejich platu.

Zázemí je v SA na vysoké úrovni. Cizinci zdravotníci, zde nemusí být pojištěni a je jim poskytována akutní a základní zdravotní péče v zařízení, ve kterém pracují. V KFSH & RC existuje oddělení „*Family Medicine*“ (rodinný lékař), pod které zaměstnanci spadají. Mají zde určeného ošetřujícího lékaře, který vede jejich zdravotnickou dokumentaci. V České republice je synonymem obvodní praktický lékař. Péči akutní a základní mají zaměstnanci zdarma, včetně léků veškerého sortimentu i doplňkových léků, jako jsou například vitamíny. Péče plastické, estetické chirurgie nebo neakutní stomatologická péče hrazena není. Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že tento systém funguje. Sama jsem se stala pacientem s akutním zánětem slepého střeva a prodělala jsem operaci. Nejenom že veškerá léčba pro mě byla zdarma, ale i po celou dobu hospitalizace i nemoci jsem pobírala plný plat.

Na vystupování ošetřujícího personálu se názory respondentů různí. Vystupování ošetřujícího personálu je z mého pohledu jedním z velmi důležitých indikátorů kvality ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru. V obou zemích byly odpovědi pozitivní i negativní. V ČR jsou podle nich problémy ve státním sektoru s agresivními pacienty. V SA je specifikem náboženství. Islám je zde všudypřítomný, a proto i vystupování ošetřujícího personálu jím je podstatně ovlivněno. Vystupování sester musí být v souladu se zvyky, tradicemi, kulturou i náboženstvím. Pro sestry je nezbytná znalost a respektování soukromí, zvyků a náboženství muslimských pacientů. Znat co je tzv. „*haram*“, co je hřích (hrubé porušení norem) nebo tabu. Obzvláště při ošetřování tzv. „*Protocol patients*“ – vysoce postavených členů velice početné saúdské královské rodiny. Chce-li být na klinice

vyšetřen vysoce postavený člen královské rodiny, je povinností kliniky včetně personálu být kdykoliv plně k dispozici. Všechno, včetně sloužících a personálu, musí být připraveno několik hodin předem. V určený čas pak je dokonce zastavena i silniční doprava na spojnici vedoucí z královského paláce do nemocnice.

Setkala jsem se zde s obrovskými rozdíly mezi pacienty. Na straně jedné, nesmírně chudí a negramotní beduíni. Například jedna z mých pacientek byla takřka stoletá beduínka z pouště, která nikdy v životě nebyla uvnitř v místnosti. A na straně druhé jsem prováděla asistenci vyšetření bratra samotného saúdsko arabského krále v pokoji určeném pouze pro „royal family“ tedy pro královskou rodinu, kde i zdravotnické přístroje byly pozlacené. Dalším specifikem v SA je existence „muttawy“ (náboženské policie). Za mého působení v Saúdské Arábii jsem se s „muttawou“ setkala několikrát a nikdy to nebylo příjemné setkání. I tak u nás běžná věc, jako jít s kolegou po pracovní době na kávu do kavárny je zde obrovský zločin. Jedna česká kolegyně byla za tento prohřešek zmíněnou „muttawou“ uvrhnutá do vězení. A nejmírnějším trestem pro ni byla deportace ze země. Přesto spokojenost sester s podmínkami pro vykonávání ošetrovatelské péče vytvořenými v SA byla nesrovnatelná s ČR. Všude existují pozitiva i negativa. Zde pozitiva převládají.

Zdravotníci v ČR vykonávají svou práci profesionálně, přestože je znalostně komplikovaná, emocionálně i fyzicky náročná. Ale tato profese není u nás v porovnání se zahraničím doceněna (41, s. 10-11).

Má třetí výzkumná otázka byla, *jaký je rozdíl v poskytování edukace pacientům u nás a v Saúdské Arábii? (otázky zaměřené na poskytování edukace)*. Spektrum poskytované edukace je v obou srovnávaných zemích široké. Obsahuje edukaci ohledně zákroků, výkonů, nemocí ale i prevence. Odlišný systém je však v SA, kde na rozdíl od ČR existují přímo určené osoby k edukaci. V případě ORL kliniky v SA byla edukace ohledně péče o tracheostomickou kanylu prováděna specializovanou sestrou tzv. „tracheostomy coordinator“. Ta prováděla péči o tracheostomické pacienty a jejich edukaci, nejenom na naší klinice, ale i po celé nemocnici. Pozitivem byla sjednocená edukace pro všechny pacienty. Kromě nich se na edukaci podílí částečně i lékař nebo sestry. I ohledně sdělování diagnózy má tato země, díky náboženství, svá specifika. Nejednou jsem se setkala s případem ženy, které lékaři diagnostikovali onkologické onemocnění. Lékař v tomto případě samozřejmě sdělil diagnózu pacienta „hlavě rodiny“, otci či manželovi pacientky, který ve většině případů rozhodl, že se jí žena vůbec nedozví.

Dokumentace edukace v ČR i v SA probíhá elektronickou či písemnou formou.

Má čtvrtá výzkumná otázka byla, *jaký je rozdíl v jazykové připravenosti sester u nás a v Saúdské Arábii? (otázky zaměřené na jazykovou připravenost)*. Jazyková připravenost sester ve státním sektoru v ČR je označovaná všemi respondenty jako velice slabá. Výjimku tvoří pouze soukromý sektor v ČR, zde je znalost jazyků podmínkou pro přijetí sestry. Existenci tlumočnického servisu ve státním sektoru v ČR popisuje pouze jedna respondentka. V SA tlumočnický servis existuje, v nemocnici funguje speciální oddělení, které má na starosti výše zmíněné překladatele a určuje jejich pravidelný rozpis, na které klinice a kdy mají být přítomni. Jde o nezdravotnické zaměstnance arabského původu, kteří absolvují speciální vzdělání a kurzy pro výkon překladatelského povolání specializovaného na lékařskou tematiku. I přesto se sestry aktivně učí arabštinu, aby se dokázaly samy s pacientem dorozumět. Dle mé zkušenosti komunikace s pacientem, díky vlastním získaným znalostem, díky tlumočnickům a mnohdy i díky pomoci arabských kolegů, probíhala bez problémů. Zde se naučíte komunikovat s každým. Nazvala bych to velice cennou školou života.

Svůj výzkum jsem rozšířila o okruh doplňujících otázek. Zajímaly mě silné a slabé stránky ambulantních systémů v obou zemích dle názorů respondentů. Odpovědi byly odlišné a velice zajímavé. Za silnou stránku ambulantního sektoru v ČR označila většina respondentů odbornou vzdělanost a znalosti zdravotnického personálu. S čímž naprosto souhlasím, v zahraničí jsou české sestry považované za sestry s vysokou úrovní vzdělání, bohužel ale vyjma jejich jazykové vzdělanosti.

Za slabou stránku ambulantního systému v ČR respondenti považují systém pojišťoven, praktické lékaře, nedostatek personálu či slabou jazykovou a kulturní vzdělanost sester.

Naopak za silnou stránku systému v SA označila jedna z respondentek úžasné rodinné vztahy. Nezažila jsem, aby pacient přišel na ošetření či vyšetření sám bez doprovodu rodiny, tak jak je to běžné u nás. Doprovázet člena rodiny k lékaři je zde jakási morální povinnost. Samozřejmě tuto povinnost respektuje i každý zaměstnavatel a umožňuje svým zaměstnancům na tyto účely placené volno. S každým pacientem vždy přišel velký doprovod a sestra musela na tuto skutečnost brát ohled. Pokud se nevešli všichni do vyšetřovací místnosti, musela část rodiny místnost opustit a počkat venku. Což se mnohdy neobešlo bez problémů.

Za slabou stránku systému v SA jeden z respondentů označil nedostatek vlastních pracovních sil. Osobně jsem měla možnost pracovat se dvěma saúdskými zdravotními bratry a opravdu mohu konstatovat, že díky jejich náboženství nemohou poskytovat stejnou ošetrovatelskou péči všem pacientům, což ukazuje, že i přes své „*saudizační*“

snahy bude stále ve zdravotnictví v jejich zemi potřeba pomoci nearabských kolegů. Další označovanou slabinou je díky náboženským zvyklostem nutnost speciálního zázemí na některá vyšetření. Například ORL vyšetření v SA probíhá tak, že pacientka odhalí jen tu část těla, kterou lékař bude vyšetřovat. Pokud má problém s pravým uchem, nadzdvihne pouze tu část závoje a odhalí své pravé ucho. Více, pokud není potřeba, se neodhalí. To stejné platí i pro vyšetření nosu nebo třeba dutiny ústní. Na ORL klinice jsou vyšetřovací místnosti koncipované pouze pro jednu osobu z důvodu zajištění maximálního soukromí pacienta. Jsou propojené posuvnými dveřmi, aby lékař mohl mezi místnostmi procházet. Zdravotnický personál musí striktně dodržovat zavírání dveří a upozorňovat na svůj příchod klepáním.

Stávalo se mi, že mě můj saúdský kolega (zdravotní bratr), často žádal o zástup při vyšetřování pacientky, muslimské ženy právě z náboženských důvodů. Několikrát se stalo i to, že sama pacientka odmítla jeho přítomnost v místnosti při vyšetření.

Saúdská Arábie je zemí, která si vzhledem ke svým ziskům z těžby ropy může hodně dovolit. Na jedné straně nedodržovat základní lidská práva, aniž by ji za to od mezinárodního společenství čekala kritika, na straně druhé stavět vysoké přepychové mrakodrapy. A nejen to, pod pouští v saúdské metropoli Rijádu má podle plánů vzniknout nejluxusnější metro na světě. Interiéry budou působit velkolepě, zdi budou obložené mramorem a vykládané ryzím zlatem (40, s. 68).

Jak je vidět Saúdská Arábie je zemí mnoha kontrastů a srovnávat se právě s touto zemí není obvyklé. Ale vytvořený zdravotnický systém v této zemi je na velice vysoké úrovni a určitě se zde můžeme v mnohém inspirovat. Za zmínku stojí aktivní forma kontroly připravenosti sester na akutní příhody ve formě zkoušek, cvičných kódů či prezentací vytvářených sestrami na téma akutní příhody. Nebo pravidelné absolvování zkušebních testů na kontrolu znalostí o dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a bezpečnosti práce. Další inspiraci vidím ve zlepšení jazykových schopností sester u nás či zvýšení respektování soukromí našich pacientů. Mezi inspirace obtížně u nás realizovatelné řadím existenci specializovaného zdravotnického pracovníka pro edukaci nebo zvýšení platů sester v závislosti na jejich účasti na kongresech či vzdělávacích projektech. Za povšimnutí stojí také existence speciálního oddělení na stížnosti pacientů ve většině nemocnic v SA, kde určený pracovník má pravomoc a povinnost, danou pracovní smlouvou, pacientův problém vyřešit či dořešit. Což poskytuje zpětnou vazbu, potřebnou ke zlepšení a zkvalitnění péče o pacienty.

Jako inspiraci k zamyšlení pro každou z nás bych chtěla označit komunikaci s pacienty a vztahy na pracovišti. Náš tým v SA byl multikulturní, skládal se z arabsky mluvících sester (z Libanonu, Jordánska, Saúdské Arábie), dále ze sester z Austrálie, Kanady, Filipín, Indie nebo Jihoafrické republiky, odkud pocházela i naše vrchní sestra. Byla jsem zde jediná česká sestra. Náš tým představoval rodinu, kterou tam většina z nás neměla. Nesetkala jsem se ze strany svých kolegů s přetvářkou nebo neochotou pomoci. Vždy jsme si dokázali vyjít vstříc a problémy řešili společně. Vztah mezi jednotlivými členy – ať už pracovní, či soukromý – byl velice silný a upřímný, což se samozřejmě pozitivně odrazilo i na vystupování nás všech k pacientům (6, s. 25).

Doufám, že touto bakalářskou prací se mi podaří mimo jiné i obohatit znalosti českých sester v oblasti specifik ošetrovatelské péče o muslimské pacienty. Nízké vědomosti byly zjištěny v bakalářské práci vypracované Starkovou Nikolou ze Západočeské univerzity v Plzni, roku 2012, na téma Specifika ošetrovatelské péče u muslimů (44, s. 54).

A v neposlední řadě věřím, že pomůže zvýšit zájem českých sester o multikulturní ošetrovatelství. Bakalářskou prací Hauznerové Aleny z téže univerzity, z roku 2013, na téma Specifika ošetrovatelské péče ruských pacientů, byl zjištěn nedostatečný zájem sester o tuto oblast (45, s. 70).

Závěr

Bakalářská práce *Komparace ošetrovatelské péče v Saúdské Arábii a České republice v ambulantním sektoru* je zaměřena na porovnání ambulantních systémů v obou zemích, odhalení rozdílů v jejich fungování, provedení analýzy získaných rozdílů a identifikování poznatků a inspirace pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním systému u nás.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zmiňuje o důležitosti multikulturního přístupu v ošetrovatelství, popisuje systém zdravotní a ošetrovatelské péče v Saúdské Arábii a u nás. Pomocí indikátorů kvality ošetrovatelské péče definuje fungování ambulantních sektorů v obou odlišných zemích. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Jako respondenty jsem zvolila zdravotnický personál s pracovní zkušeností z ambulantního sektoru v České republice a zdravotnický personál se zkušeností ze stejné oblasti v Saúdské Arábii, který splňoval určené kritérium pro respondenty. Zvoleným kritériem byla délka praxe v ambulantním sektoru v určené zemi minimálně půl roku.

Dílčím cílem bylo identifikovat nové poznatky z porovnání připravenosti sester na akutní příhody. Dále identifikovat nové poznatky z porovnání pracovních podmínek pro vykonávání ošetrovatelské péče a spokojenosti sester, identifikovat nové poznatky z porovnání poskytování edukace pacientům a v neposlední řadě identifikovat nové poznatky z porovnání jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacientem.

Rozdíly byly nalezeny zejména v oblasti prověřování připravenosti sester na akutní příhody. V SA je přístup aktivního prověřování formou písemných testů a nácviků cvičných situací přímo na klinikách. Zatímco v ČR jde ve většině zařízení jen o formu pasivní účasti na školení.

Dalším nalezeným rozdílem byly vytvořené pracovní podmínky pro sestry. V SA jsou obrovské vzdělávací možnosti pro sestry, kurzy jsou hrazené a umožňované i v pracovní době sester. Platy jsou několikanásobně vyšší, ale úměrná je k tomu vyšší odpovědnost sester. Zjistila jsem, že kritérium poskytovaných pracovních podmínek v SA je srovnatelné pouze se soukromými klinikami v ČR.

I v oblasti edukace byla nalezena odlišnost. V SA na rozdíl od ČR existují osoby přímo určené pro edukaci. Přínos tohoto systému dle mého názoru je jednotnost poskytované edukace a větší časový prostor pro ni.

I v oblasti jazykové připravenosti sester byla zjištěna odlišnost. V SA nově nastupující sestry ovládají anglický jazyk a arabsky se aktivně učí, aby se dokázaly samy s pacientem dorozumět. Dle mé zkušenosti komunikace a styk s pacientem, díky vlastním získaným znalostem, díky tlumočnickům a mnohdy i díky pomoci arabských kolegů, zde probíhá bez problémů. Oblast jazykové připravenosti je srovnatelná pouze se soukromým sektorem v ČR. Na rozdíl k tomu jazyková připravenost sester v ČR, zejména ve státním sektoru, je nedostatečná. Ve většině zařízení neexistuje ani tlumočnický servis. Ohledně této problematiky naprosto souhlasím s názorem jedné z respondentek, že zdravotnický personál v ČR alespoň ve větších městech by měl mít průměrnou znalost angličtiny. Zaměstnavatelé by měli vyžadovat a aktivně podporovat jazykovou edukaci. Z nedorozumění v komunikaci pacient versus zdravotnický personál mohou vznikat život ohrožující zanedbání a komplikace, hrozí následná zákonná odpovědnost a postihy zdravotnických zařízení.

Seznam zdrojů

1. MASTILIAKOVÁ, Dagmar a kol. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava:Repronis, 2003. ISBN 80-7042-344-7.
2. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
3. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
4. KRAMPEROVÁ, Hana a kol. *Novinky v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovatelské péči. Praha: A.R. Garamond, 2010. 130s.
5. KARÁSKOVÁ, Lenka. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta jiné kultury, etnika*. Pardubice, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková.
6. BOŠKOVÁ, Jitka. Systém ambulantní péče v Saúdské Arábii. *Sestra*. 2010, **20** (5), 24-25. ISSN 1210-0404.
7. WAGNEROVÁ, Růžena, CHRZOVÁ, Anna. Sesterský Babylon. Zdravotnická delegace v Saúdské Arábii. *Sestra*. 2002, **12** (4), 8-10. ISSN 1210-0404.
8. KHIDAYER, Emíre. *Arabský svět-jiná planeta?* Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2495-2.
9. FROUZOVÁ, Magdaléna, ed. *Závoj a džíny. Ženy v islámském světě*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-776-6.
10. ZHARFBIN, Assadullah. V saúdské nemocnici jsem často cítil bezmoc. In: *Medical tribune cz, tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. Kristýna Tesařová, 8.6. 2009 [cit.20.9. 2013] . Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14004>.
11. HRUŠKOVÁ, Nikola. Zdravotní sestrou v Saúdské Arábii. In: *Vysoké školy.cz* [online] 10.7. 2012 [cit.20.9. 2013] . Dostupné z: <http://vysokeskoly.cz/clanek/zdravotni-sestrou-v-saúdské-arabii>.
12. ALKHENIZAN, Abdullah, SHAW, Charles. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. In: *Annals of Saudi Medicine* [online] July-August 2011. **31** (4) [cit.20.9.2013]. Dostupné z DOI:10.4103/0256-4947.83204.

13. RYŠLINKOVÁ, Markéta. Česká sestra v Saúdské Arábii II: jak vypadá zdravotnictví a ošetrovatelská péče v SA. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, **5** (5), 24-26. ISSN 1801-1349.
14. SPENCER, Robert. *Islám bez závoje*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-761-5.
15. *The Health System of Saudi Arabia* [online]. Helen Ziegler and Associates. Copyright © 2013 [cit. 19.9. 2013]. Dostupné z: <http://www.hziegler.com/articles/healthcare-system-of-saudi-arabia-html>
16. *About Saudi Arabia. Health & Social Services* [online]. Royal Embassy of Saudi Arabia Washington. DC. Copyright © 2013 [cit.20.9.2013]. Dostupné z: http://www.saudiembassy.net/about/country-information/health_and_social_services/
17. MACKOVÁ, Denisa, ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Zkušenosti sester ze Saúdské Arábie. *Sestra*. 2012, **22** (1), 22-24. ISSN 1210-0404.
18. *ISLÁM. Náboženství, historie a budoucnost*. Encyclopaedia Britannica. Brno: Jota, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7217-628-1.
19. CROFTER, Warren. *Velká kniha islámu*. Mnichovice: BVD, s.r.o., 2006. ISBN 80 - 903754-0-5.
20. VELKOBORSKÁ, Jana, SMUTNÁ, Jarmila. Základy ošetrování pacientů islámské komunity. *Sestra*. 2009, **19** (3), 22-23. ISSN 1210-0404.
21. ZÁBRODSKÁ, Eva. *Žila jsem v zemi Alláhově*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80 - 7178-952-6.
22. *V příštím roce oslavíme sto let* [online]. Klatovská nemocnice a.s.©2013 [cit. 7.10.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz/o-nemocnici/historie>
23. *Klatovská nemocnice, a.s -člen Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje* [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.8.10.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz/o-nemocnici/soucasnost>
24. Zákon č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění.
25. *Zdravotní systém ČR* [online].ČPZP:2009 [cit.8.10.2013]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/51-0-Zdravotni-system-CR.html>
26. *Výroční zprávy* [online]. Klatovská nemocnice a.s.©2013 [cit.8.10.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz/o-nemocnici/vyrocní-zpravy>
27. PODSTATOVÁ, Renata. *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní praxi*. Praha: Maxdorf , 2010. ISBN 978-80-7345-212-4.
28. Věstník č. 5/2012 MZ ČR ze dne 29.6.2012

29. *Novinky-Nemocnice trénovala příjem raněných po nehodě autobusu* [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.9.10.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz>
30. *Ambulance ORL* [online]. Klatovská nemocnice a.s.©2013[cit.8.10.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz/lsp-ambulance-orl>
31. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978 – 80 - 247-3557-3.
32. *Zásady profesionální komunikace a profesionálního chování zaměstnanců KN ke klientům* (standard KN-S-24) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.5.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
33. *Vzdělávání zdravotnických pracovníků v KN* (standard KN-MP-51) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.5.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
34. *Přestávky v práci na jídlo a oddech* (standard KN-S-36) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.6.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
35. *Řízení a vedení ošetrovatelské péče v rámci SOLF v KN* (standard KN-S-39) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.6.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
36. *Provozní řád ambulance ORL* (standard KN-Ř-5) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.6.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
37. *Zajištění neodkladné kardiopulmonální resuscitace v KN mimo oddělení ARO, JIP-dospělý* (standard KN- MP-50) [online]. Klatovská nemocnice a.s. © 2013 [cit.7.11.2013]. Dostupné z: <http://www.nemkt.cz> - intranet
38. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247- 3558-0.
39. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
40. JANDA, Martin. *Zlato, mramor a sklo – nejluxusnější metro na světě. 21. Století*. 2013, č.9, s.68-69. ISSN 1214-1097.
41. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 987-80-247-4732-3.
42. Zákon 160/2010 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
43. Vyhláška 234/2011 MZ ČR ze dne 8.srpna 2011.

44. STARKOVÁ, Nikola. *Specifika ošetrovatelské péče u muslimů*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.
45. HAUZNEROVÁ, Alena. *Specifika ošetrovatelské péče ruských pacientů*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Soňa Loudová.
46. *Soukromé kliniky možná zlepší české zdravotnictví*. [online]. Copyright © VLTAVA–LABE-PRESS, a.s., 2005-2014 [cit.26.2.2014]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/soukrome-kliniky-20110608.html

Seznam použitých zkratk

ACLS - Advanced Cardiac Life Support / rozšířená resuscitace

AJ – anglický jazyk

aj. – a jiné

AP – akutní příhoda

apod. – a tak podobně

ARIP – anestezie, resuscitace, intenzivní péče

ARO – anesteziologicko- resuscitační oddělení

a.s. – akciová společnost

atd. - a tak dále

BA – bachelor of art/ bakalář

Bc. - bakalář

BLS - Basic Life Support / základní resuscitace

CPR – cardio-pulmonary resuscitation/ kardo-pulmonární resuscitace

ČR – Česká republika

DNP – doctor of nursing practice/ doktorát v ošetrovatelství

DPL – dětský praktický lékař

ENT – ear nose throat / ušní nosní krční

EU – Evropská unie

FN- Fakultní nemocnice

GNO - General Nursing Orientation

GYN - gynekologie

HZS – hasičská záchranná služba

ICIS – Integrated Compliance Information System/ integrovaný dodržovaný informační systém

ICN - International Council of Nurses / Mezinárodní rada sester

ISO – International Organization for Standardization / Mezinárodní organizace pro normalizaci

i.e. – id est/ that is/ to jest

i.v. – intra venózní / žilní

IVF – in vitro fertilizace / mimotělní oplodnění

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCIA - Joint Commission International Accreditation / Spojená komise pro mezinárodní akreditace
JIP – jednotka intenzivní péče
KFSH & RC - King Faisal Specialist Hospital and Research Center / Specializovaná nemocnice krále Faisala a výzkumné centrum
KN – Klatovská nemocnice
KPR – kardio-pulmonární resuscitace
MA – master of art/ magistr
MD – mateřská dovolená
MODA – Ministry of Defence and Aviation
MRN- medical record number
MZ – Ministerstvo zdravotnictví
NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník
NZZ – nestátní zdravotnické zařízení
ORL – Otorhinolaryngologie / ušní, nosní, krční
PALS – pediatric advanced life support/ dětská rozšířená resuscitace
PL – praktický lékař
PSS – pomaturitní specializační studium
RCN – royal college of nursing/ královská škola ošetřovatelství
RHB – rehabilitace
RN – registered nurse/ registrovaná sestra
RPN – registered practical nurse/ registrovaná odborná sestra
RRT – Rapid Response Team/ Tým rychlé reakce
RZP – rychlá zdravotnická pomoc
SA – Saudi Arabia / Saudská Arábie
SAK – Spojená akreditační komise
SANG - Saudi Arabian National Guard
Sb. – Sbírka zákonů
SN – staff nurse / zdravotní sestra
SOLF – spojený lůžkový ošetřovatelský fond
SR – Slovenská republika
SZŠ – střední zdravotnická škola
tzv. – takzvané

tzn. – to znamená

USA – United States of America / Spojené státy americké

VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – The World Health Organisation / Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č.1 - Otázky rozhovoru

Příloha č.2 – Otázky rozhovoru - AJ

Příloha č.3 - Originál rozhovoru v AJ

Příloha č.4 – Náš mezinárodní tým

Příloha č. 5 – Čekárna pro ženy

Příloha č. 6 – Vyvolávací systém pacientů

Příloha č. 7 – KFSH & RC

Příloha č. 8 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1- Otázky rozhovoru

Identifikační údaje:

Pohlaví:

Věk:

Délka praxe:

Délka praxe v ambulantním sektoru:

Dosažené vzdělání:

Pracovní zařazení:

Otázky zaměřené na připravenost sester na akutní příhody

- Co si myslíte o připravenosti sester na akutní příhody na vaší ambulanci?
- Jaký je místní systém řešení akutních příhod?
- Jak je vaše připravenost na akutní příhody prověřována?

Otázky zaměřené na vytvořené pracovní podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče

- Jak hodnotíte vytvořené pracovní podmínky na vašem pracovišti (zázemí, finanční ohodnocení, přestávky v práci, možnost vzdělávání...)?
- Co se vám líbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
- Co se vám nelíbí na vaší práci (v ambulantním sektoru)?
- Jaké je vystupování ošetřujícího personálu?
- Jaké jsou pracovní vztahy na vaší ambulanci?

Otázky zaměřené na poskytování edukace

- Jaký druh edukace poskytujete pacientům na vaší ambulanci?
- Je na vašem pracovišti osoba speciálně určená k edukaci pacientů?
- Jak provedenou edukaci dokumentujete?

Otázky zaměřené na jazykovou připravenost sester

- Existuje na vašem pracovišti tlumočnický servis?
- Co si myslíte o jazykové připravenosti sester pro komunikaci s pacienty?

Doplňkové otázky

- Jaká je podle vás slabá stránka ambulantního systému v ČR, SA?
- Jaká je podle vás silná stránka ambulantního systému v ČR, SA?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 – Otázky rozhovoru AJ - Interview questions

Gender:

Age:

Length of practice:

Length of practice in outpatients departments:

Education attained:

Job title:

- What do you think about the preparedness of nurses for acute episodes in your clinic?
- How the local system of solutions of acute episodes works in your clinic?
- How is the way of checking the preparedness of nurses for acute episodes?

- How would you rate established working conditions at your workplace (background, salary, work breaks, the possibility of training, education ...)?
- What do you like about your job (in the clinic)?
- What do you dislike about your job (in the clinic)?
- How is the behavior of the nursing staff there?
- How would you describe relationships in your clinic?

- What kind of education is provides to patients in your clinic?
- Does in your clinic exist a person specially assigned to educate patients?
- How is the way of documenting the education in your clinic?

- Is the translating service available in your clinic?
- What do you think about language and communicating skills of nurses in your clinic?

- What do you think is the weak point in the ambulatory care system in SA from your point of view?

- What do you think is the strong point in the ambulatory care system in SA from your point of view?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 – Originál rozhovoru v AJ

Gender: Female

Age: 43yrs

Length of practice: 23years

Length of practice in ambulatory care: 12 years in Saudi Arabia

Education attained: RN, RPN, RCN, BA, MA, DNP (Candidate), University of San Francisco

Job title: Program Director, Ambulatory Care Nursing (Executive Advisory, Nursing Administrator).

- What do you think about the preparedness of nurses for acute episodes in your clinic?

“Nurses are well prepared for acute episodes by skills and competency based training, i.e., BLS, PALS, ACLS. Additionally they have access to Rapid Response teams and Code teams in Ambulatory care clinics.”

- How the local system of solutions of acute episodes works in your clinic?

“Works well provided nurses are skilled and competent to act timeously and in accordance with hospital policies using existing resources with great team cohesion.”

- How is the way of checking the preparedness of nurses for acute episodes?

“Competency check off’s by clinical instructors, Mock Codes and fire drills on units and External code amber disaster mock episodes.”

- How would you rate established working conditions at your workplace (background, salary, work breaks, the possibility of training, education ...)?

“Training and education is in excess and ongoing during work time. Salaries are discrepant as this is the only place in the world where two nurses doing exactly the same job and function gets paid different salary based on country of origin and passport. The organization is a great place to work at as it’s a world leading tertiary care facility with cutting edge technology and state of the art equipment. Organization is very supportive of employee needs as employees are mainly expatriate.”

- What do you like about your job (in the clinic)?

“As an administrator over the 25 Ambulatory Care clinics with 25 specialty clinics, that includes procedural and non procedural, I like the diversity of staff and the phenomenal skills which nurses bring to the hospital despite their country of origin. As a previous clinic nurse I loved the team work collegiality and the fun nurses had while working hard to take care of patients at the same time.”

- What do you dislike about your job (in the clinic)?

“The fact, that salaries are discrepant. It diminishes the morale and makes it difficult for retention of nurses.”

- How is the behavior of the nursing staff there?

“The behavior varies from exemplary professional to inappropriate behaviors in the workplace. I must add salaries that are discrepant interfere with the nurses’ ability to remain professional.”

- How would you describe relationships in your clinic?

“Nurses are family and team oriented and older staff have stronger bonds...newer staff have a harder time settling in on the team.”

- What kind of education is provides to patients in your clinic?

“Patient’s education is provided in English and Arabic by health education department and nursing, through the use of pamphlets materials and online patient education website as well as television screening of education in waiting areas in clinics.”

- Does in your clinic exist a person specially assigned to educate patients?

“Yes, Health educator.”

- How is the way of documenting the education in your clinic?

“Online documentation on ICIS and part paper chart documentation.”

- Is the translating service available in your clinic?

“Yes.”

- What do you think about language and communicating skills of nurses in your clinic?

“Language and communication is great with older nurses, once they learn Arabic it’s easier to communicate with patients. The newer nurses are challenged until they learn the language. The emotional aspect of care and empathy in the nurses patient relationship is affected by the language barrier as the patient population is Arabic speaking.”

- What do you think is the weak point in the ambulatory care system in SA from your point of view?

“The weak point was the recent structural change where the 25 clinics were split up and reassigned across the continuum of care for ambulatory care clinics to be managed under the related inpatient specialty. This fragmented the division and creates a dilution of focused care in the Ambulatory services.”

- What do you think is the strong point in the ambulatory care system in SA from your point of view?

“The strong point is the access to resources, The Ambulatory Division has 650 employees, 15 Head Nurses, 19 assistant Head Nurses and 21 Clinical Nurses coordinators and 69 PCS’s and 30 Interpreters. I’m proud of being an Administrator in a world leading tertiary care hospital in the Middle East with nurses from 84 different countries. Patients have access to world class treatment facilities and drugs and nursing care.”

Příloha č. 4 - Náš mezinárodní tým



Zdroj: "vlastní"

Příloha č. 5 – Čekárna pro ženy



Zdroj : “vlastní”

Příloha č.6 – Vyvolávací systém pacientů



Zdroj : “vlastní”

Příloha č.7 – KFSH & RC



Zdroj: “vlastní”

Příloha č.8
INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Komparace ošetrovatelské péče v Saúdské Arábii a České republice v ambulantním sektoru.

STUDENT

Jméno : Šimová Jitka
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : jitkabos@post.cz

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Loudová Soňa
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: loudovas@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je na základě porovnání obou ambulantních systémů odhalit rozdíly v jejich fungování. Získané rozdíly pak analyzovat a identifikovat možné poznatky a inspiraci pro zlepšení fungování ošetrovatelské péče v ambulantním sektoru u nás.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: