

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**PORODNÍ ASISTENCE V SAÚDSKÉ ARÁBII Z POHLEDU ČESKÉ
PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

EVA BARTÁKOVÁ

Praha 2010

**PORODNÍ ASISTENCE V SAÚDSKÉ ARÁBII Z POHLEDU ČESKÉ PORODNÍ
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

EVA BARTÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum předložení: 2010-04-30

Datum obhajoby:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

ABSTRAKT

BARTÁKOVÁ, Eva: Porodní asistence v Saúdské Arábii z pohledu české porodní asistentky. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová. Praha 2010. s. 78.

Tématem bakalářské práce je porodní asistence v Saúdské Arábii. Práce je teoretická a popisuje základní charakteristiku Islámu, aspekty běžného života muslimů, silně ovlivněného náboženstvím a náboženskou justicí. Je zde rozepsáno složité postavení žen v arabské společnosti. Velká část práce je věnována multikulturnímu ošetrovatelství, porodní asistenci, kompetencím porodní asistentky a náplni její práce na porodním sále. Popsány jsou i specifika a komplikace ošetrovatelské porodní péče způsobené odlišnou kulturou. Součástí práce jsou ošetrovatelské managementy, podle kterých je poskytována ošetrovatelská péče na porodním sále nemocnice v Saúdské Arábii. Cílem práce je rozšíření poznatků ošetrovatelské péče v oboru porodní asistence a jejich využití v multikulturním ošetrovatelství.

Klíčová slova: Management ošetrovatelské péče. Muslimka. Porod. Porodní asistentka. Saúdská Arábie.

ABSTRACT

BARTAKOVA, Eva, Midwifery in Saudi Arabia from Point of View of Czech Midwife. The College of Nursing, o.p.s., Bachelor Degree, Tutor: PhDr. Jana Endlicherova. Prague 2010. p. 78.

The content of this bachelor thesis is midwifery in Saudi Arabia. Thesis is theoretic and describes basic Islam characterization aspects of common muslim's life, which is highly influenced by religion justice and religion. There is intricately specify difficult women's status in arabic society. Large part of thesis is paid to multicultural nursing, midwifery, midwife's competences and midwife's job description in labour ward. There are described nursing specificities and complications, which are caused by different culture. Part of thesis are nursing managements, by these are provided nursing care at hospital labour ward in Saudi Arabia. Goal of thesis is knowledge enhancement of nursing care in branch midwifery and its usages in multicultural nursing.

Key words: Management of nursing care. Muslim woman. Birth. Midwife. Saudi Arabia.

PŘEDMLUVA

Porodní asistence je obor, kterému se věnuji celý svůj profesní život. Jako porodní asistentka pracuji již více než 25 let. Porodní asistentka je krásné a naplňující povolání, ale vyžaduje na druhou stranu neustálé sebevzdělávání a přijímání nových informací a poznatků. Vzhledem k mé zvědavosti a lásce k oboru a cestování jsem se zúčastnila několika krátkodobých zahraničních stáží, které mi umožnily nahlédnout do porodní asistence několika evropských zemí.

Změny po revoluci v roce 1989 otevřely nové nabídky na pracovním trhu v zahraničí. Využila jsem výzvy a v pracovním poměru saúdské nemocnice Military hospital jsem zůstala téměř čtyři roky. Pracovala jsem na porodnickém příjmovém oddělení a na porodním sále. O multikulturním ošetřovatelství a multikulturním kolektivu jsem v té době nevěděla téměř nic.

Tato práce vznikla ve snaze podělit se o zkušenosti a vědomosti nabyté během mého pobytu v zemi s odlišnou kulturou. Chtěla jsem přiblížit každodenní život muslimů, hlavně žen v nejortodoxnější islamistické oblasti.

Výběr tématu byl ovlivněn nedostatkem informací o multikulturním ošetřovatelství v oboru porodní asistence. V našich dostupných literárních zdrojích není o této problematice pojednáno, a proto jsem chtěla přinést nové poznatky a rozšířit obzory v oboru multikulturního ošetřovatelství.

Práce je určena především studentkám porodní asistence a pracujícím porodním asistentkám. Domnívám se, že z ní mohou čerpat i sestry pečující o muslimské pacienty a také pedagogové, kteří vyučují předmět multikulturní ošetřovatelství.

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Endlicherové za podporu, odborné vedení, čas, trpělivost a cenné rady, které mi vždy ochotně poskytla. Dále bych chtěla poděkovat Bc. Pavle Königové, Pauline Thomas, RM a Haně Gröhové za pomoc s obstaráním relevantních materiálů a podnětné připomínky.

OBSAH

Úvod.....	10
1 Království Saúdské Arábie	11
1.1 Historie Arabského poloostrova	12
1.2 Islám.....	14
1.2.1 Historie.....	14
1.2.2 Pět pilířů Islámu.....	15
1.3 Postavení žen v arabské společnosti	16
1.3.1 Tradice	16
1.3.2 Vzdělání a zaměstnání	18
1.3.3 Mezilidské a partnerské vztahy.....	19
1.3.4 Manželství.....	20
1.3.5 Mnohoženství.....	21
1.3.6 Rozvod	22
1.3.7 Tresty, otroctví.....	23
1.3.8 Obřízka.....	24
2 Zdravotnictví v Saúdské Arábii	26
2.1 Rozsah zdravotní péče	26
2.2 Systém zdravotnických zařízení	27
3 Cesta české porodní asistentky do Saúdské Arábie	28
3.1 Zprostředkovatelské agentury.....	28
3.2 Podmínky a nabídky zaměstnavatele	29
3.3 Military hospital.....	31
3.4 Pracovní podmínky a kontrakt.....	32
3.5 Základní orientace.....	32
3.6 Celoživotní vzdělávací systém v Military hospital.....	33
3.7 Omezení odlišnou kulturou.....	34
4 Multikulturní ošetřovatelství.....	38
4.1 Multikulturní kolektiv	39
4.2 Překonaná paradigmata.....	41
4.3 Pojmy multikulturní péče.....	41
4.4 Multikulturní ošetřovatelský model podle M. Leiningerové	43
4.4.1 Madeleine Leiningerová	43

4.4.2 Vznik teorie.....	44
4.4.3 Metaparadigma ošetrovatelství podle Leiningerové.....	44
4.4.4 Popis modelu vycházejícího slunce	45
4.4.5 Sběr údajů	48
5 Porodní asistence v Military Hospital.....	51
5.1 Kompetence porodní asistentky	51
5.2 Obstetrical assesment unit (OAU) (porodnické příjmové oddělení)	52
5.3 Labour ward (porodní sál)	52
5.4 High dependent unit (HDU) (jednotka intenzivní péče).....	55
6 Policy and procedures (standardy).....	56
6.1 Management poporodního krvácení	57
6.2 Management vaginálního porodu u ženy s obřízkou	58
6.3 Management při BWR pozitivě rodičky	59
6.4 Management preeklampsie	61
6.5 Management preeklampsie při porodu	65
6.6 Management eklampsie	67
6.7 Specifika a komplikace ošetrovatelské péče způsobené kulturními odlišnostmi .	69
7 Návrhy a doporučení pro praxi	72
Závěr	73
Seznam použité literatury	74
Seznam příloh	14

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vlajka Saudské Arábie	11
Obrázek 2 Státní znak Saudské Arábie	12

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APTT	-	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
BWR	-	Bordetova – Wassermannova reakce
CNS	-	centrální nervový systém
CTG	-	kardiotokograf
DIC	-	diseminovaná intravaskulární koagulace
DM	-	diabetes mellitus
dg.	-	diagnóza
GBS	-	group B streptococcus
INR	-	international normalization ratio
IUGR	-	intrauterine growth restriction, snížené růstové parametry plodu
IVF	-	in vitro fertilizace, umělé oplodnění
KO	-	krevní obraz
KP	-	konec pánevní
KSA	-	Kingdom of Saudi Arabia, Království Saúdské Arábie
LDH	-	enzym Lactate dehydrogenase
mm Hg	-	milimetrů rtuťového sloupce
n.l.	-	našeho letopočtu
P	-	puls
PT	-	protrombínový čas
SWC	-	Southwest Corner
T	-	teplota
TK	-	krevní tlak
TPHA	-	Treponema pallidum haemaglutinace
USA	-	Spojené státy americké
VDRL	-	Veneral disease research laboratory
VVV	-	vrozená vývojová vada
WHO	-	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Úvod

Multikulturní ošetrovatelství je v této době samostatnou kapitolou ošetrovatelství, která se stále rozvíjí. Vysoká migrace lidí jiných kultur se podílí na nutnosti rozšiřování a prohlubování poznatků o rozdílných kulturách a jejich obyvatelích. Zdravotní školy na všech úrovních mají v osnovách výuku multikulturního ošetrovatelství jako samostatný předmět. Z toho vyplývá důležitost multikulturní ošetrovatelské péče.

Zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče je podmíněno rozsahem poznatků o jedincích odlišné kultury. Čím více relevantních a pravdivých informací o kulturní menšině je shromážděno, tím lepší a odpovídající péči je možno zástupci minorit poskytnout. Základem multikulturního ošetrovatelství je hluboká a důkladná znalost každé kulturní menšiny.

Muslimská komunita je velmi specifická společnost. Je silně nábožensky založená a všechny její aktivity jsou řízeny islámem, náboženskými zákony a justicí. Proto je pro zdravotnické pracovníky nesmírně důležité pochopit a akceptovat myšlení muslimů. Péče o jedince muslimské komunity je pro zdravotníky nesmírně náročná a vyžaduje vysokou dávku tolerance. Sestry a porodní asistentky se musí stále sebevzdělávat a vstřebávat nové informace, které pak mohou plodně využít ve svém povolání.

Porodní asistence je široký obor, který se zaměřuje nejen na péči o těhotnou ženu, ženu při porodu, poporodní období, péči o šestinedělku a novorozence, ale také na péči o ženu před otěhotněním, edukaci, prevenci a psychoprofylaxi. V rámci multikulturního ošetrovatelství je nutné všechny tyto podobory rozpracovat a k tomu je třeba dostatek informací. Jedině pak bude možné vytvořit standardy ošetrovatelské péče přesně odpovídající příslušné kulturní společnosti.

Ve své práci popisuji řadu poznatků o muslimské komunitě, které jsem nabyla během několikaletého pobytu v Saúdské Arábii. Především poznatky z oboru porodní asistence by se mohly stát cennými radami a vodítkem k vytvoření managementů ošetrovatelské péče o muslimské pacientky v našem oboru.

1 Království Saúdské Arábie

Království Saúdské Arábie (al-Mamlaka al-'arabíja as-sa'údíja)

Rozloha	1 960 582 km ²
Počet obyvatel	24 000 000
Forma státu	monarchie, teokracie
Hlavní město	Ryjád
Náboženství	Islám
Hlava státu	král Abdalláh ibn Abd al-Azíz
Úřední jazyk	arabština
Měna	1 SAR (saudský riál)
Zastoupení ČR v zemi:	Embassy of Czech Republic, Saad Bin Gharir Street, Al Nuzha District, Riyadh, P.O.B. 94 305
Zastoupení země v ČR:	Velvyslanectví Královské Saúdské Arábie, Na Hřebenkách 70, 150 00, Praha 5



Obrázek 1 Vlajka Saudské Arábie

Uprostřed vlajky je krédo:

„Není pravého boha kromě Boha; Muhammad je Prorok Boží“.



Obrázek 2 Státní znak Saudské Arábie

Znak znázorňuje: Prosperita celé země je řízena justicí (34, 41).

1.1 Historie Arabského poloostrova

Mnohé oblasti Arabského poloostrova se už dávno staly kolébkou zajímavých říší, především Arábie jižní, kde vzniklo i speciální souhláskové písmo neodvoditelné z písma fénického. Místní kultura vykazovala řadu paralel ke starověké Mezopotámii. Na severozápadě vznikly arabské útvary Edomců a Nabatejců, které lze pokládat za helénistická království. Zajímavé byly i státy v oblasti „ztraceného města“ Ubáru. Tyto říše však přes veškerou pozoruhodnost přece jen stály trochu ve stínu svých mocnějších sousedů. I vláda nad jižní Arábií přecházela v 6. století mezi etiopskou křesťanskou říší Aksúm a sasánovskou Persií, přičemž místní jihoarabské dynastie často vyznávaly judaismus.

Ke vzestupu Arabského poloostrova značně přispěl opakovaný a vleklý konflikt mezi Byzancí a Persií v 6. století. Arabové zde ještě nevystupovali politicky nijak jednotně a bojovali na obou stranách. V době příměří mezi oběma říšemi pokračovala válka výhradně na arabském území. Válka ale přinesla Arabům na obou stranách nezanedbatelný prospěch. Válečná kořist zvýšila bohatství Arabského poloostrova. Konflikt navíc vedl k odklonu obchodních tras, z čehož profitoval opět právě Arabský

poloostrov. Dálkový tranzit vedl k rozkvětu Mekky, k jejíž prestiži přispívala i rozšířená (ještě před vznikem islámu) pouť do svatyně Kaba. Poutě do Mekky konali tehdy jak „pohané“, tak často i Arabové, kteří přijali křesťanství. Naopak závlahové zemědělství Arábie jižní v té době upadalo a Mekka se tak ještě před vznikem islámu začala stávat hlavním politickým centrem celé oblasti (14).

Saúdská Arábie je přímořský stát, který zaujímá většinu Arabského poloostrova mezi Rudým mořem a Perským zálivem. Území Arabského poloostrova si od starověku uchovávalo nezávislost na staroorientálních říších a v 7. století odtud začala islámská expanze vrcholící ve vznik Arabské říše (od Španělska po Indii, resp. Indonésii a Čínu). V polovině 18. století zahájila dynastie jednoho z knížectví (Saúdovci) sjednocování území a na počátku 19. století skutečně většinu Arabského poloostrova sjednotila pod svou vládou (výjimku tvořil jih poloostrova, území dnešního Jemenu a Ománu, který byl pod kontrolou Britů). V letech 1811 - 18 území dočasně ovládl egyptský paša. Od roku 1840 znovu zesílil tlak Osmanské říše na "pacifikaci" Hidžázu, kde jsou svatá místa muslimů (Mekka, Medína). Navíc podlehl Saúdovci ve druhé polovině století nájezdům Rašidovců ze severní Arábie. Za 1. světové války podporovali Britové v oblasti protiturecké hnutí a slíbili Arabům nezávislost. Do čela Arabů se postavil hidžázký emír, který se roku 1916 prohlásil králem. Ovšem jeho aspirace rychle smetli Saúdovci. Využili mocenského vakua po 1. světové válce a nejprve ovládli vnitrozemí poloostrova (stát Ásír) a poté drtivě porazili krále Hidžázu (1919). Jakmile přestala Británie Hidžáz otevřeně podporovat, Saúdovci připojili jeho území ke své říši (12).

Všechna území byla 23. září 1932 spojena do jednoho celku přejmenovaného na Saúdkoarabské království, což dalo základ modernímu státu. Panovník z dynastie Saúdu je současně jako vůdce islámské sekty wahhábovců i nejvyšší náboženskou autoritou. V této podobě vládá dynastie přetrvává až do současnosti (34).

Saúdská Arábie se díky velkým zásobám ropy stala jednou z nejvýznamnějších a nejbohatších zemí Blízkého východu, jež se začala zviditelňovat nejen v oblasti zahraničního obchodu, ale i v oblasti mezinárodního pohybu kapitálu. Mocenské centrum islámského světa se přesunulo do Saúdské Arábie a upevnilo tak i svou silící politickou pozici na celosvětové úrovni (37).

1.2 Islám

Islám je jedno z velkých monoteistických náboženství, jež v současnosti vykazuje nejvyšší počet nových stoupců. Odhaduje se, že dnes má islám přes jednu miliardu příznivců nejen v arabských zemích, ale i na celém světě. Islám je složitý náboženský systém, který je možno analyzovat v mnoha rovinách. V první řadě jako rituál – soubor formálních náboženských úkonů, jimiž jednotlivec nebo obec projevují svůj vztah k transcendentní entitě. Dále soubor písemně fixovaných svatých textů a věroučných zásad, jejichž pomocí náboženská komunita vysvětluje svůj postoj k životu na tomto i onom světě, formuluje a udržuje svůj vztah k okolnímu neislámskému prostředí. Součástí je i etický kodex, který vymezuje pravidla vztahů mezi lidmi ve společnosti a s tím související mnohovrstevnatý systém náboženského práva šarí'a, který v průběhu dějin stanovoval závazné normy společenského soužití a politického života v jednotlivých částech islámského světa (22).

1.2.1 Historie

Počátek islámu vznikl během života proroka Muhammada, který se narodil v Mekce v roce 570 n.l. Ve 40 letech se Proroku Muhammadovi roku 610 n.l. zjevil archanděl Gabriel a povolal ho na horu Hira, aby mu sdělil slovo Alláhovo. Allah je arabské jméno pro Boha. Na počátku se učení Muhammada příliš nelišilo od židovského náboženství a od křesťanství. Mnohé co je známo ze Starého zákona lze najít i v Koránu. Prorok Muhammad měl na počátku jen velmi málo příznivců a narážel i na nepřátelství, až byl donucen roku 622 n.l. Mekku opustit a odejít do Mediny. Tento útek změnil i základní myšlenky Muhammada, který prohlásil Islám za samostatné náboženství. Útěkem do Mediny, zvané Hydžra se datuje počátek Islámu.

Islám uznává jediného Boha Alláha, který svou neomezenou mocí ovlivňuje osudy lidí. Prostřednictvím predepsaných způsobů chování utváří životní styl věřících (39).

Život muslimů se řídí jak Koránem, tak také tzv. sunnou, což jsou výroky a příklady ze života Proroka Muhammada a jeho prvních společníků zaznamenané v dílech význačných islámských učenců. Korán a sunna se vyjadřují ke všem aspektům každodenního života člověka od povinných náboženských rituálů

přes rodinný a společenský život až po oblast osobní hygieny a intimních záležitostí. Z Koránu a sunny vychází také šari'a, islámský právní systém zahrnující tresty (19).

1.2.2 Pět pilířů Islámu

Rámec muslimova života je určen pěti pilíři Islámu. Jsou to vyznání víry, modlitba, zakát (almužna potřebným), půst v měsíci Ramadánu a pouť do Mekky jednou za život pro ty, kteří jsou schopni ji vykonat.

Vyznání víry je nejdůležitějším pilířem Islámu. „Není pravého boha kromě Boha a Muhammad je Prorok Boží“. Tato věta znamená, že nikdo nemá právo být uctíván, jen Bůh jediný, a Bůh nemá společníka ani syna. Toto vyznání se nazývá šaháda.

Modlitba je každodenní součástí života muslimů. Modlí se pětkrát denně a každá modlitba vyžaduje jen několik minut. Je to přímé spojení mezi Bohem a tím, kdo ho uctívá. Mezi věřícím a Bohem není žádný prostředník. Modlitby se vykonávají za svítání, v poledne, uprostřed odpoledne, po západu Slunce a po úplném setmění. Muslim se může modlit kdekoliv na čistém místě, často za použití modlitebního koberečku (15).

K modlitbě přistupuje muslim ve stavu rituální čistoty, která se provádí čistou vodou, popřípadě ji lze nahradit pískem nebo kamenem. Muži a ženy se modlí odděleně. Tvář je vždy otočena směrem k Mekce. Mohou a nemusí použít modlitební kobereček. Korán je posvátný a nesmí se ho dotknout ruka bezvěrce (39).

Zakát je almužna potřebným, neboť všechno na zemi patří Bohu a všechn majetek byl člověku pouze svěřen do užívání. Majetek muslima je očištěn tím, že dá stranou malou část pro ty, kteří jsou potřební. Muslim může dát libovolné množství dobrovolných almužen.

Ramadán je 9. měsíc islámského lunárního kalendáře trvající 28 či 30 dní. V tomto období se muslimové od východu do západu slunce zdržují nejen jídla a pití, ale i kouření a pohlavního styku. Součástí tohoto posvátného měsíce jsou i noční modlitby a četba Koránu, tedy duchovní sebeočista. Postní povinnosti jsou zproštěny

určité skupiny lidí jako jsou děti, staří lidé, duševně choří, nemocní, těhotné a kojící ženy, ženy v období menstruace nebo šestinedělí (15).

Pout' do Mekky je povinností každého muslima, který je toho fyzicky a finančně schopen. Každoročně se vydávají na tento pochod zhruba dva milióny lidí ze všech koutů světa. Mekka je zaplněna návštěvníky po celý rok, ale začátek svátku hadžie je pro muslimy nejdůležitější. Muži nosí speciální jednoduché poutnické oblečení, které zakrývá třídní a kulturní rozdíly mezi poutníky, takže si jsou před Bohem rovni (31).

Islám striktně zakazuje stělné zbraně, drogy a jejich šíření, alkoholické nápoje, kriminalitu a krádeže, pornografii, prostituci a cizoložství. Za porušení těchto zásad jsou velmi tvrdé tresty, mající základ v právním systému šari'a. Výjimkou nejsou amputace končetin za krádeže a ukamenování za cizoložství. Hrdelní tresty jsou běžné za vraždy a šíření drog. V Saúdské Arábii je jedna z nejnižších kriminalit na celém světě (1).

1.3 Postavení žen v arabské společnosti

Postavení žen v arabské společnosti je velmi složité. Ženy v Saúdské Arábii nemají žádná práva, nezastávají žádné významné funkce a nepodílejí se na prosperitě a vedení země. Pozice ženy formulovaná v Koránu vychází z hluboko zakořeněných předislámských tradic.

1.3.1 Tradice

Saúdská Arábie je jednou z nejvíce ortodoxních islamistických zemí a navzdory svému velkému ekonomickému potenciálu si stále udržela odstup od ostatního světa, především západní kultury a jejich pokrokových názorů. Její hranice jsou téměř úplně uzavřeny jakémukoliv turismu a povolení ke vstupu je možno získat pouze přes pracovní kontrakt. Omezování občanských svobod, stejně jako skutečnost, že žádná jiná náboženství nejsou tolerována, vycházejí z podstaty saúdské společnosti. Saúdská Arábie je také jedna z mála zemí, které nepodepsaly Všeobecnou deklaraci lidských práv (44).

Stále tu existuje určitá hierarchie, kdy muž je nadřazen ženě s odůvodněním, že Alláh si to tak přál. Také soudní svědectví je určeno pravidly šari'a tak, že pokud svědčí jeden muž, jeho svědectví má stejnou váhu jako svědectví dvou žen (38).

Islámská společnost podporuje ženy a dívky v tom, aby žily podle tradic tedy, aby se realizovaly v rámci rodiny a nehledaly své štěstí ve veřejném životě. Utvvrzuje v nich názor, že emancipace pochází ze Západu a že je to jen cesta k tomu, jak se stát zavržením hodnou poběhlicí. Právě muslimky si zaslouží být počestné, důstojné mladé dámy, jejichž život najde naplnění v roli manželky a matky (7).

V Saúdské Arábii je zahalování žen přímo určené zákonem. Korán stanovuje povinnost žen se zahalovat, z veršů však jasně nevyplývá, kterých částí těla se to týká bezpodmínečně. Hovoří pouze o dodržování cudnosti v oblékání. Ženy zde nosí černý oděv tzv. abayu, šátek kryjící vlasy a většina i burku, která zakrývá obličej. Ty nejčudnější mají i dlouhé černé rukavice a černé podkolenky. Ovšem pod tímto černým hábitem nosí ženy většinou krásné a drahé modely, které však může obdivovat pouze zákonný manžel nebo pár přítelkyň v soukromí. Úsměvné je, že ve velkých moderních nákupních centrech vybírá i spodní prádlo pro svou ženu muž a manželka stojí opodál a trpělivě čeká, co manžel zakoupí.

Islám je k ženám velmi přísný a zakazuje jakýkoliv sociální kontakt. Všechny instituce, ale i obchody, zdravotnická zařízení, restaurace, banky mají zřízeny pánské, dámské a rodinné sekce. Ženy většinou samy nic nevyřizují pouze v doprovodu svého muže popřípadě otce nebo dospělého syna. Na veřejnosti se musí vyvarovat jakéhokoliv kontaktu s cizím mužem, nesmí s ním mluvit, fyzický kontakt je naprosto nepřipustný, ba i oční kontakt s ním by byl klasifikován jako sexuální výzva (7).

Další složitou kapitolou v životě arabských žen je cestování. Přísné zákony zakazují ženám řídit automobil, nesmí získat řidičský průkaz. Stejně tak je problém i s cestovním pasem, žena může cestovat pouze se svým manželem nebo s povolením od mužského zástupce své rodiny.

Patologickým jevem je také fakt, že jakýkoliv obrázek ženy s odhalenými pažemi nebo nezahalenými vlasy v tiskovinách nebo časopisech, působí jako nežádoucí sexuální objekt a inkriminovaná místa musí být před prodejem začerněna fixem.

1.3.2 Vzdělání a zaměstnání

Vzdělání v Saúdské Arábii je teoreticky dostupné všem, tedy chlapcům i dívkám. Vzhledem k raketovému růstu bohatství země, zde byla snaha o rychlé vymýcení negramotnosti a přiblížení se kultivovanému světu. Král Abdulaziz Al Saúd se snažil propagovat vzdělání v celé zemi. První universitu King Saúd Univerzity založil v roce 1957. V dnešní době je v Saúdské Arábii přes padesát universit, vysokých škol a akademií, které navštěvuje přes 70 000 studentů, chlapců i dívek (33).

Skutečná situace v oblasti vzdělání v Saúdské Arábii je však trochu odlišná. Podle Zharfbina, který ve své knize uvádí, že negramotnost žen je až 70%, zvláště u žen beduínského původu. Na vině jsou opět tradice. Dívky a mladé ženy jsou vychovávány a směřovány k rodinnému životu. Dobrá a správná manželka se musí umět pouze starat o domácnost, rodinu a především rodit a vychovávat děti. Vzdělání je tedy irelevantní a zbytečné. U arabských mužů převažuje názor, že vzdělané ženy by mohly číst rozmanitou literaturu a to by mohlo vyvolávat nežádoucí účinky. Ženám by se mohl zalíbit jiný styl života, o kterém by měly dostatek informací a mohly by přijít třeba s nápadem, že by se chtěly nějakým způsobem emancipovat. Tím by narušily staré a zaběhnuté tradice a především by mohly chtít měnit svůj způsob myšlení a jednání. V přímých důsledcích by to nejvíce postihlo muže, kteří jsou velmi patriotští a tyto změny by nikdy nepřipustili (44).

Stejná situace je i v zaměstnanosti žen. Bohužel neexistuje dostupná statistika zaměstnaných žen v Saúdské Arábii, zřejmě proto, že se jedná o velmi malé procento a opět z pohledu saúdských mužů je práce žen nežádoucí. Pracující ženy pocházejí vesměs ze vzdělaných rodin a samy jsou inteligentní a studované např. lékařky, právničky, učitelky a manažerky. Pro zajímavost v této době se v Saúdské Arábii připravuje zákon, který umožní právničkám stanout před soudem a obhajovat. Dosud nebylo přípustné, aby se žena sama pohybovala ve společnosti mužů, byť to jsou vzdělání a vážení soudci. Učitelky nesmí učit chlapce, ale pouze děvčata v dívčích školách. Lékařky léčí i saúdské pacienty – muže, ale musí být zahalené a nesmí zůstat s pacientem samy v ordinaci. Vždy je nutná přítomnost další ženy, např. sestry nebo manželky pacienta, lépe obou dvou. K pracovnímu poměru ženy musí vždy dát povolení manžel, u svobodných žen otec nebo dospělý bratr. Ženy pracují většinou v ženském kolektivu jako úřednice nebo asistentky. V poslední době stoupá počet

vystudovaných saúdských sester a porodních asistentek. Pracují zahalené a pouze u pacientek – žen. Problémem je, že nechtějí sloužit dvanáctihodinové služby, jsou pro ně dlouhé a namáhavé a ony nejsou zvyklé na tuto pracovní zátěž. Ženy nepracují v institucích, kde by se mohly setkávat s velkým množstvím mužů. V bankách, obchodech nebo úřadech pracují ve vedoucích pozicích saúdští muži a ostatní kolektiv je tvořen většinou cizinci ze zemí třetího světa např. Indie, Pákistánu, Súdánu, Bangladéše.

Na rozdíl od žen jsou saúdští muži poměrně vzdělaní, a pokud pracují, zastávají významnější pozice. Téměř všichni mluví dobře anglicky a mají slušné vystupování. Je zde velký kontrast sociální kultury mezi muži a ženami. Saúdských žen se anglicky domluví jen malé procento, což je opět vyčleňuje z multikulturní společnosti, která v malé míře do Saúdské Arábie proniká.

1.3.3 Mezilidské a partnerské vztahy

Mezilidské a partnerské vztahy jsou, tak jako ostatní aspekty běžného života, ovlivněny tradicemi a islámskou kulturou. Předškolní věk dětí je velmi svobodný. Chlapci i dívky si hrají dohromady a stýkají se neomezeně. Mají velmi uvolněnou výchovu a není nic zvláštního potkat početnou rodinu s malými dětmi třeba o půlnoci venku nebo v zábavním dětském podniku. Děti jsou velmi hlučné a neposedné, mohou dělat cokoli a rodiče je nijak neomezují. V základní škole se vše mění a děti jsou rozděleny do chlapeckých a dívčích škol. Od této doby nastává trvalá separace pohlaví. Známkou dospělosti je u chlapce první poluce a u dívky první menstruace. Dívka se začne zahalovat a jedná se s ní jako se ženou. Bohužel většinou v tom aspektu, že je již možné ji provdat a není nutné, aby se dále vzdělávala a mnoho děvčat tak sotva dokončí základní školu. Naštěstí se posouvá hranice věku děvčat, kdy jsou provdána. V dnešní době je opravdu výjimkou nevěsta pod patnáct let. Nicméně záleží pouze na rodině, jak se k této záležitosti postaví.

Chlapci a děvčata v pubertálním věku, stejně tak jako muži a ženy nesmí být v žádném kontaktu, jak již bylo popsáno výše. Za porušení tohoto nařízení jsou v Saúdské Arábii vysoké tresty nejen pro viníky, ale poznamenána je i rodina. Mladí lidé přesto hledají cestičky, jak se k sobě dostat. Na ulici nelze přehlédnout mladé

chlapce pokřikující z automobilu na děvčata a házející papírky s kontaktním číslem na mobilní telefon. Často stojí chlapec v supermarketu a několik metrů od něj dívka a telefonují si. Dalším velkým průlomem v této uzavřené zemi je internet, jež skýtá obrovské možnosti seznámení a i když se mladí nemohou vidět osobně, mohou spolu komunikovat (7).

Přísná sexuální morálka podporuje frustraci mužů, kteří jsou často viděni, jak se vedou za ruce nebo se objímají. O homosexuálních vztazích, které jsou v islámských zemích zakázané, je možno pouze spekulovat. Nicméně objímající se dvojice, nebo dvojice mužů držící se za ruce jsou běžné a tolerované a nikoho nepřekvapují.

1.3.4 Manželství

Manželství je v islámských zemích posvátná instituce. Člověk, ať muž nebo žena, pokud se neožení nebo nevdá, je považován společností za méněcenného. Povinností každé ženy i muže je mít děti a to co nejvíce. Korán a sunna řídí všechny aspekty každodenního života člověka přes rodinný a společenský život až po oblast osobní hygieny a intimních záležitostí.

„Berte si za manželky ženy takové, které jsou vám příjemné. Berte si jeden druhého, ať vaše počty vzrostou“ (19).

Podle sunny muž, který se chce oženit (kvůli touze po sexuálním styku) musí mít dost peněz na oblečení, na zaplacení věna a na živobytí. Muž si má vybírat ženu uvedených charakteristik. Žena musí být zbožná, což je nejdůležitější, dále inteligentní, dobrého charakteru a stavu, plodná, z dobré rodiny, panna a krásná. Je doporučeno, aby muž, který si chce vzít ženu, shlédl její obličej a ruce. Pokud není možné, aby ji viděl sám, může poslat spolehlivou ženu, aby se na ní podívala za něj, protože taková žena si pravděpodobně všimne více věcí, než on a může mu jí popsat, což je výjimka z nezákonnosti popisování žen muži, který není jejím příbuzným (16).

Sňatky mezi muži a ženami jsou většinou předem domluvené. V Saúdské Arábii je nejvíce sňatků mezi bratranci a sestřenicemi. Často hned po porodu je potomek zaslíben sestře nebo švagrové pro jejich dítě. Tato domluva probíhá nezřídka již na porodním sále, kde příbuzní rodičku doprovází. Děti pak spolu vyrůstají a vědí, že se

v dospělosti vezmou a založí spolu rodinu. Dívka je však od puberty zahalena a chlapec ji uvidí až při svatebním obřadu. Domluvené sňatky mezi cizími probíhají podobně, řeší se hlavně výše věna a postavení manžela. Samotný svatební obřad probíhá zvlášť, takže všechny ženy se veselí odděleně od mužů v jiných prostorách. Tyto hostiny bývají velmi opulentní a honosné, ženy jsou výrazně nalíčené a v nejlepších modelech šatů. Nevěsta musí být nejkrásnější, zvláště pokud má tmavší pleť, musí být napudrována velmi světlým pudrem. Všechny ženy se snaží mít co nejsvětější odstín pleti, což je považováno za známku jakési urozenosti a vyššího společenského postavení. Používají velké množství bělicích krémů a prostředků, jakož i kosmetických zákroků. Na cizince taková svatba v dámské společnosti působí úsměvně a trochu jako karneval.

Novomanželé se setkají až večer před svatební nocí. V mnoha rodinách stále ještě platí rituál ranního ověřování panenství nevěsty pohledem na prostěradlo. V manželství je žena po vůli manželovi kdykoliv si to on přeje.

Jak je opět psáno v sunně, muž se může dívat na svoji ženu (a opačně) včetně její nahoty, ačkoliv je považováno za nepřístojné, aby se muž nebo žena dívali na genitálie toho druhého. Přísně zakázáno je dotýkat se genitálií partnera, neboť ty jsou považovány za nečisté. Pohledu a dotyku zapovězená část těla je ta, která je mezi pupkem a koleny (16).

1.3.5 Mnohoženství

Korán v islámských zemích povoluje mnohoženství. Muslim si může za určitých podmínek vzít až čtyři ženy. Má to však svá pravidla. Všechny manželky musí být ekonomicky stejně a dobře zajištěné, všem manželkám a rodinám musí manžel věnovat stejný čas.

Sunna praví, že kdykoliv stráví muž noc s jednou ze svých žen, má povinnost strávit noc s ostatními a dát každé stejný čas. Když má manžel v úmyslu začít trávit čas se svými manželkami (po přestávce nebo jeho nepřítomnosti) musí losovat. Žena, jejíž los vytáhl, je první, se kterou stráví noc. Ve střídání jsou zahrnuty všechny, i během menstruace nebo poporodního krvácení, či během nemoci. Pokud chce muž vzít na cestu jednu ze svých žen, musí tak učinit losem (16).

Muž, který má ženu a chce se oženit podruhé musí požádat tuto svou manželku o povolení. Žena je však povinna mu svolení dát a jeho rozhodnutí akceptovat. Manželky by se měly k sobě chovat jako sestry a všechny děti jako rovnocenní sourozenci. V islámské kultuře je popisováno, že ženy berou mnohoženství jako samozřejmost a jsou s tím smířené, avšak realita je naprosto jiná. Časté jsou příběhy žen, které se ve dvaceti letech vdaly za stejně starého partnera a za dvacet let manželství mu porodily až deset potomků i více. Manžel je ve čtyřiceti letech zachovalý a zralý muž a manželka vypadá na šedesát let, vyčerpána neustálým plozením dětí a starostí o rodinu. A v tuto dobu se muž rozhodne oženit se znovu s dvacetiletou dívkou. Arabské ženy jsou stejně citlivé a emocionálně zranitelné jako všechny ostatní ženy. Mnoho jich končí v péči psychologů, psychiatrů, na medikamentech a někdy se dokonce pokusí i o sebevraždu. Mají pocit, že pro ně život končí, neboť jim nikdo nezaručí, že muž se bude chovat tak, jak se píše v Koránu a bohužel většinou mají pravdu.

Dnešní mladá saúdská generace preferuje převážně monogamii. Mladí lidé jsou vzdělanější, mají přístup k informacím a vyznávají západní styl života. Změnu lze vidět hlavně u dívek, které jsou mnohem sebevědomější než jejich submisivní matky a babičky.

1.3.6 Rozvod

V arabských zemích je oproti ostatnímu světu mnohem nižší procento rozvodovosti. Rozvedená žena má ve srovnání s ostatními ženami mnohem těžší pozici a složitější životní situaci. Často proto, že je finančně, ale i společensky závislá na manželovi. Arabské ženy více snáší ústrky a příkoří v manželství a k rozvodu z jejich popudu dochází méně než ze strany muže. V této situaci se musí po rozvodu vracet ke své původní rodině, ale děti ze zákona zůstávají s otcem. Malé děti po dohodě s manželem mohou být s matkou, ale v určitém věku, nejpozději ve dvanácti letech, odcházejí k rodině otce. Záleží pouze na vůli manžela, zda dovolí styk matky s dětmi i v budoucnu.

Pokud se k rozvodu rozhodne muž, je proces nesrovnatelně jednodušší. Stačí, aby manžel před institucí třikrát zapověděl manželku, a manželství je rozvedeno. Děti

mu jsou ponechány ve výchově vždy. V případě, že žena s rozvodem nesouhlasí, není jí to nic platné, rozvod je uskutečněn. Muž, který nechce dát k rozvodu souhlas, nikdy rozveden nebude.

1.3.7 Tresty, otroctví

Korán je k ženám nekompromisní i v otázce trestů. Nabádá sice obě pohlaví ke vzájemné úctě, laskavosti a ohleduplnosti, ale za případné prohřešky má tresty pouze pro ženy.

V sunně je psáno, že muž i žena mají povinnost se k sobě chovat laskavě. Je nezákonné, aby žena opustila dům bez svolení manžela, stejně tak nesmí vpustit do domu nikoho bez svolení manžela, ani příbuzného, natož cizího muže a zůstat s ním o samotě. Je také povinností ženy poslouchat svého manžela a umožnit mu úplný sexuální požitek ze své osoby. Není povinností ženy, aby muži sloužila, ale pokud tak činí, je to dobrý skutek. Jestliže žena poruší jednu z výše uvedených povinností, je označena za vzpurnou a potrestána. Nejdříve slovně napomenutím a ponaučením, pokud to není účinné, přestane s ní muž spát a když se žena nenapraví, může ji bít nebo udeřit. Avšak nesmí jí zlomit kosti nebo způsobit krvácení (16).

Paradoxem je, že stovky let staré zákony jsou stále platné a záleží pouze na inteligenci a dobrém charakteru muže, zda se chová ke své ženě pěkně a tyto zákony jsou pro něj překonané. Není možné se o tomto tématu dozvědět více, je tabuizováno a i když je snadné rozpoznat na nemocničním lůžku takto „potrestanou“ ženu, nikdo nic neřeší, jelikož je to pouze záležitost té ženy a jejího muže. Je smutné, že násilí se leckdy nevyhnou ani těhotné a rodící ženy.

V Saúdské Arábii existuje doposud jistá forma otroctví, i když odlišná od té, kterou známe z historie. Jedná se většinou o velmi chudé ženy třetího světa, které se nechaly najmout na práci v saúdské rodině. Tyto služebné dřou celý den v domácnosti a starají se o velké množství dětí za mizivý plat. Nejenže zakusí šikanu a násilí od těchto na naše poměry nevychovaných dětí, ale v noci musí být často po vůli svému pánovi s tichým souhlasem jeho manželky. Cestovní pas je jím zabaven zaměstnavatelem, nemají peníze na cestu domů, a bohužel ani nikoho, kdo by jim

pomohl. I kdyby se obrátily na policii, je to bezpředmětné, protože ta by věřila pouze zaměstnavateli a situace poškozené by se ještě zhoršila.

1.3.8 Obřízka

Korán se o obřízce nezmiňuje, je to starý rituální habit, který má původ v historických tradicích kmenů. Není to specialita islámského náboženství, ženská obřízka se prováděla v dávných dobách i u Křesťanů a Židů.

Ženská genitální mutilace je rozdělena podle Světové zdravotnické organizace (WHO) do čtyř typů klasifikace:

- typ I - Klitoridektomie je odstranění celého klitorisu nebo jeho části
- typ II - Klitoridektomie a odstranění části nebo celých labia minora, většinou se neprovádí žádná sutura vzniklých poranění
- typ III - Infibulace je nejradikálnější formou provedení obřízky, při této operaci se odstraní klitoris, labia minora a vnitřní část labia maiora, zbytek labia maiora se přiblíží k sobě tak, aby došlo ke srůstu defektu s ponecháním pouze malého otvoru o průměru 2 cm, kterým může odtékat moč nebo menstruační krev, typ III se nazývá také faraónská obřízka
- typ IV - různé variace mutilace, Angurya řez je řez, kterým se vyřízne dívka několik týdnů po narození hymen, Gishiri řez je řez na zadní komisuře, který připomíná mediální episiotomii, užívá se zejména u nepostupujícího porodu a výsledkem je devastace hráze (29).

V Saúdské Arábii se ženská obřízka neprovádí, ale vzhledem k velké migraci muslimů, zvláště ze severní Afriky není nijak výjimečné se s ní v této zemi setkat. Nejvíce obřezaných muslimek putuje ze Súdánu, kde je prevalence ženské obřízky 89% z toho je typ III v 85% a typ I v 15%. Další zastoupenou zemí je Egypt s 97% ženské obřízky téměř výhradně I. typu. Následuje Keňa s prevalencí 50%, typu I, II a III (6).

Súdánská žena, která pracovala na porodním sále jako úřednice matriky měla ženskou obřízku typ III. Uváděla, že pohlavní styk s manželem byl poměrně složitý, bez osobního prožitku, spíše bolestivý. Porodila dvakrát, oba porody byly vedeny operativně císařským řezem. Saúdští lékaři jsou ve svém rozhodování k indikacím císařského řezu u žen s touto diagnózou benevolentnější.

2 Zdravotnictví v Saúdské Arábii

Saúdská Arábie zaznamenala v krátké době neuvěřitelný pokrok v oblasti zdravotnictví. Vzhledem ke svému bohatství z objevených nalezišť ropy si mohla dovolit vedení a poradenství nejlepších odborníků z oboru medicíny a ošetrovatelství z celého světa.

System zdravotní péče v Saúdské Arábii může být klasifikován jako národní systém zdravotní péče, v němž vláda poskytuje služby zdravotní péče prostřednictvím několika vládních agentur. Ministerstvo zdravotnictví je hlavní vládní instituce pověřena poskytováním preventivní, léčebné a rehabilitační zdravotní péče pro obyvatelstvo království. Je odpovědné za řízení, plánování a financování zdravotní péče. Zavazuje se k celkovému dohledu nad nemocnicemi jím zřízenými, ale také nad zdravotní péčí v soukromém sektoru. Další instituce, které se podílejí na financování primární, sekundární a terciární péče bezpečnostních a ozbrojených složek jsou Ministerstvo obrany a letectva, Ministerstvo vnitra a Saúdskoarabské národní gardy. Ministerstvo školství poskytuje primární péči pro studenty a Ministerstvo práce a sociálních věcí se stará o mentálně retardované, hendikepované občany a sirotky.

Vláda rovněž financuje řadu specializovaných národních nemocnic a výzkumných center. Na vědu a výzkum v oblasti zdravotnictví se věnuje velké množství finančních prostředků. Vzhledem ke své náročnosti musí tento výzkumný program být spolufinancován též soukromým sektorem. Zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu. Veřejné výdaje tvoří 80% a soukromé zdroje zbylých 20% z celkové sumy (4).

2.1 Rozsah zdravotní péče

Zdravotní péče je v Saúdské Arábii pro všechny její obyvatele dostupná a bezplatná. Vzhledem k dobrému finančnímu zajištění je poskytována na velmi vysoké úrovni ve všech směrech. V centrech primární péče je tato péče cílena na prevenci nález a chorob. Zdravotní výchova a edukace obyvatelstva se zaměřuje na výuku a dodržování základních hygienických návyků, zvláště u lidí z venkova a beduínů.

Vzrůstá dostupnost kvalitní a sofistikované péče pro všechny třídy saúdského obyvatelstva. Moderní specializované nemocnice jsou soustředěny do velkých měst. Významně se podílí na efektivní léčbě komplikovaných diagnóz, rakoviny, transplantace a výzkumných programů. Neustále se rozšiřuje počet mateřských a prenatalních center, které se zaměřují na špičkovou léčbu neplodnosti, ultrazvukovou diagnostiku, prenatalní screening a péči (4).

2.2 Systém zdravotnických zařízení

Zvýšení přínosu soukromého sektoru v oblasti poskytování zdravotnických služeb má velký význam v celkovém hodnocení výsledků a úspěchů saúdského zdravotnictví. Míra růstu populace a úhrnné plodnosti v Saúdské Arábii je nejvyšší v Perském zálivu a patří mezi tři nejlepší na Blízkém východě. Mateřská úmrtnost je jedna z nejnižších v celém regionu. Kojenecká úmrtnost je společně s Kuvajtem naprosto nejnižší v oblasti Blízkého východu, ale ve srovnání s vyspělými státy světa je nad trendem. Pokud jde o úmrtnost dospělých ve srovnání se státy Perského zálivu, je úmrtnost dospělých vyšší než průměr okolních zemí (24).

Saúdská Arábie se dokázala během relativně krátké doby vypořádat s mnoha problémy a nemocemi, které sužovaly všechny státy Blízkého východu. V roce 1990 Světová zdravotnická organizace (WHO) potvrdila, že Saúdská Arábie vymýtila karanténní choroby, cholery, mor a žlutou zimnici. Povinné očkování kojenců a malých dětí zavedené v roce 1986 a epidemický kontrolní systém usnadnily komunikaci o výskytu přenosných nemocí a přispěly k úspěšné eradikaci těchto chorob. Avšak poliomyelitis přetrvávala déle a byla eliminována až v roce 2000 (4).

3 Cesta české porodní asistentky do Saúdské Arábie

Období po listopadové revoluci nabídlo obrovskou příležitost pro cestování a tím i poznávání nových kultur. Otevřelo další možnosti rozšiřování obzorů v práci sester a porodních asistentek. Multikulturní ošetrovatelství bylo v té době nepříliš známé, ale o to zajímavější pro určitou skupinu zdravotníků, kteří se rozhodli proniknout a uplatnit se v nových oblastech světa. Příležitost cestovat, pracovat a poznávat nové kultury světa je velká výzva, zvláště pro mladé zdravotnické pracovníky. Všechny nabyté zkušenosti mohou velmi dobře využít v celém svém dalším profesním životě. Stejně tak nové vědomosti mohou dobře zhodnotit po návratu domů ve svém dalším poskytování ošetrovatelské péče a v programu celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků.

3.1 Zprostředkovatelské agentury

Na našem trhu působí v této době dvě agentury, které organizují pracovní kontrakty v zemích Blízkého východu. Jedná se o agentury Eurostaff a G5 plus, které hledají zdravotnické pracovníky pro práci v Saúdské Arábii, Spojených Arabských Emirátech, Bahrajnu a Kataru. Obě agentury mají dlouholetou tradici a vyznačují se dobrou a profesionální komunikací se svými klienty. Zajišťují podobné pracovní podmínky a seriózní jednání se smluvními nemocnicemi. K cestě do těchto zemí je nutno využít zprostředkovatelských agentur, protože např. Saúdská Arábie nejedná s klientem přímo, ale pouze přes agenturu. Zvláště pokud jde o ženy, musí je někdo zastupovat. Nicméně je to určitá výhoda, neboť klient často neví, jaké dokumenty a náležitosti bude druhá strana požadovat. Agentury se v rámci konkurenčního boje snaží o velkou profesionalitu a spokojenost klientů, dodržování a vyjednávání co nejvýhodnějších podmínek pro klienta.

Nabídka agentury:

- možnost plynulého zdokonalení angličtiny přímo v nemocničním prostředí
- práce v mezinárodním týmu
- získání zkušenosti v práci s multikulturní komunitou

- zvýšení kvalifikace a upevnění pozice na mezinárodním trhu práce
- kompletní příprava před odletem
- certifikované kurzy odborné angličtiny
- interkulturní trénink
- kurz Basic live support (kurz neodkladné první pomoci)
- možnost plynulého přechodu do dalších programů nabízených agenturou (3, 8).

3.2 Podmínky a nabídky zaměstnavatele

Smluvní nemocnice si stanoví pracovní podmínky a nabídne je smluvní agentuře. Agentura má povinnost zajistit, aby každý vybraný klient splnil požadavky dané nemocnicí a prokázal vyžadované znalosti a zkušenosti.

Podmínky účasti:

- diagnostický test z angličtiny a osobní konzultace
- angličtina na středně pokročilé úrovni, vykonání zkoušky ze zdravotnické angličtiny
- vzdělání opravňující k výkonu povolání v České republice
- registrace – osvědčující o povolení k výkonu povolání bez dohledu
- minimální 1,5 – 2 roky praxe v oboru
- motivace k získání mezinárodních pracovních zkušeností
- osobní předpoklady
- osobní pohovor se zástupci nemocnice nebo telefonický pohovor
- pracovní kontrakt minimálně 1 rok

- lékařská prohlídka a povinná vyšetření

Budoucí potencionální zaměstnavatel vyžaduje konkrétní podmínky k uzavření kontraktu, ale nabízí také výhody pro své zaměstnance. Nemocnice má zpravidla zájem o kvalitního pracovníka, a proto se snaží nabídnout zajímavé benefity.

Výhody účasti:

- zaměstnání ve vybraných specializovaných královských nemocnicích
- minimální délka pracovního kontraktu 1 rok
- minimální jazykové požadavky – středně pokročilá angličtina
- atraktivní platové podmínky, 150% příplatky za přesčasy
- možnost postupu na vyšší pozici již po 3 měsících
- až dva měsíce dovolené
- dvě zpáteční letenky do České republiky ročně
- zdravotní pojištění
- ubytování zdarma
- sportovní vyžití zdarma
- dotované stravné
- transport do práce zdarma
- pevná linka pro místní hovory zdarma
- finanční bonusy za dokončený kontrakt
- možnost rekontraktu po skončení kontraktu (3, 8).

Saúdské nemocnice vyhledávají a nabízejí pracovní nabídky zdravotnickým pracovníkům ze zemí, které se osvědčily a se kterými mají dobré zkušenosti. Vesměs jsou to nemocnice na vysoké úrovni a kvalitně vybavené. Prostřednictvím agentur vyžadují po uchazeči o zaměstnání životopis, vyplnění osobního dotazníku, lékařského a profesního dotazníku (viz příloha A).

Komunikace probíhá v anglickém jazyce. Všechny relevantní dokumenty musí být přeloženy do angličtiny a úředně ověřeny. Zkoušku z jazyka zpravidla nechtějí, předpokládají, že zájemce je agenturou prověřen o znalosti jazyka a je schopen rozumět, komunikovat a psát v anglickém jazyku bez problému. Konečnou fází je osobní příjmový pohovor vedený pověřeným zástupcem nemocnice, který přicestuje do České republiky, nebo je rozhovor veden telefonicky. Pokud uchazeč uspěl, je s ním podepsán předběžný pracovní kontrakt.

3.3 Military hospital

Riyadh Armed Forces Hospital (Military hospital) je výuková nemocnice, postavená v roce 1978. Nemocnice je spravována ministerstvem obrany a letectva. Systém řízení celé nemocnice je britský a řídí se příslušnými britskými standardy. Nemocnice leží v Ryjádu, hlavním městě Saúdské Arábie. Skládá se z hlavní budovy Building 100, Southwest Corner a nového Southwest Corner Extension.

Nemocnice má 770 lůžek a zastupuje všechny běžné i specializované obory medicíny. Military hospital poskytuje hlavní část zdravotnických služeb zaměstnancům armády, vojákům a jejich rodinným příslušníkům. Zabezpečuje celou škálu diagnostických a léčebných metod pro pacienty od novorozenců až po seniory. Nemocnice má dobrou pověst nejen pro kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péči pacientům, ale i pro pořádání výročních symposií a publikování vědeckých poznatků v renomovaných časopisech.

Zdravotnické služby Riyadh Armed Forces Hospital jsou na vysoké profesionální úrovni. Vedení nemocnice vyžaduje, aby kvalita poskytovaných služeb a celkové provozní standardy splnily normy Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) (35).

3.4 Pracovní podmínky a kontrakt

K podepsání konečného pracovního kontraktu dochází až na půdě příslušné nemocnice. Předchází mu opětovné vyplnění všech dotazníků a profesních listů. I když uchazeč přiváží kompletní zdravotnickou dokumentaci, je nucen podrobit se nové lékařské prohlídce včetně odběru krevních vzorků a vyšetření. Přesné pracovní podmínky jsou specifikovány v konečném kontraktu. Jedná se o pracovní zařazení, oddělení, kam bude zdravotník umístěn, počet hodin odpracovaných týdně, délka směn, podmínky k čerpání dovolené, podmínky a hrazení pracovní neschopnosti a zaměstnanecké benefity.

Kontrakt bývá zpravidla dvouletý a po jeho uplynutí je možnost podepsat nový. Za každý odpracovaný rok obdrží zaměstnanec bonus ve výši jednoho měsíčního platu. Pracovní týden má 44 hodin, směny jsou dvanáctihodinové a během nich jsou dvě placené 30 minutové přestávky na jídlo a odpočinek. Přesčasové hodiny jsou placeny 150% příplatkem a zaměstnanec se sám rozhodne, zda je chce sloužit. Nárok na první dovolenou nastává po odpracování šesti měsíců, celkový počet dní dovolené za rok je 49. Zaměstnanec má placené dvě zpáteční letenky do České republiky. Pracovní neschopnost je hrazená v plné výši a vystavuje se běžně na tři dny maximálně. Nemocnice zajišťuje kompletní zdravotní pojištění, ale nevztahuje se na dentální péči, je hrazeno pouze pohotovostní zubní ošetření. Zaměstnavatel platí ubytování včetně energií, vody a místních hovorů z pevné linky. Sestry nebo porodní asistentky mají k dispozici samostatné pokoje s příslušenstvím ve velkém bytě. Pokud zdravotníci bydlí mimo areál nemocnice, je jim zajištěna a placena doprava do práce. K rekreaci zaměstnanců slouží plavecké bazény, posilovna a sauna. Rekreční centrum je součástí areálu nemocnice a pořádá výlety po městě a okolí. Vše je bezplatné. Pracovní oblečení je jednotné pro celou nemocnici a po každém ukončeném roce vzniká nárok na dvě nové uniformy.

3.5 Základní orientace

Po příjezdu a podepsání konečného kontraktu musí zdravotník absolvovat základní orientaci. Ta probíhá zpravidla jeden týden od 8 hodin ráno do 17 hodin odpoledne. Začíná se přednáškami o kultuře země, kulturních rozdílech, náboženství,

právech pacientů a protipožárním školením. Následné lekce se týkají managementu nemocnice a jeho fungování, včetně prohlídky nejdůležitějších oddělení a administrativních budov. Dále jsou již prezentovány odborné přednášky jako lekce o tišení bolesti, diabetes mellitus, péče o intravenózní kanyly a centrální žilní vstupy, kardiopulmonální resuscitace, základní fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření a výsledky, péče o pacienty s respiračními chorobami a péče o rány.

Jeden velký blok je věnován přednáškám o ošetrovatelské dokumentaci, kontrole léků a narkotik, aseptických technikách, ochranných pomůckách, manipulaci a transportu pacientů. Další lekce je o práci s počítačem, názorné ukázky a praktická hodina k zvládnutí nemocniční internetové sítě. Orientace končí dvoudenními zkouškami a největší důraz se klade na zkoušku z kardiopulmonální resuscitace a z lekce o medikamentech (viz příloha B).

Po absolvování základní orientace nastupuje sestra nebo porodní asistentka na nové pracoviště určené kontraktem. Na oddělení je porodní asistentce přidělena školitelka, která se jí věnuje a dohlíží na její práci. Orientace s preceptorkou trvá jeden měsíc, porodní asistentka chodí do jejích služeb a pod dohledem provádí ošetrovatelskou péči a příslušné výkony. Na konci orientace napíší obě na sebe navzájem hodnocení pro vrchní sestru a vedení nemocnice.

3.6 Celoživotní vzdělávací systém v Military hospital

Nemocnice Military hospital má samostatné vzdělávací středisko s výukovými učebnami a přednáškovými sály. Zaměstnává kvalifikované zdravotnické pracovníky, kteří se věnují celoživotnímu vzdělávání sester, porodních asistentek, fyzioterapeutů, laborantů, ale i lékařů.

Pracovníci vzdělávacího centra připravují a prezentují přednášky a výukové lekce. Na každé oddělení je dodán harmonogram chystaných výukových akcí na následující měsíc. Zdravotnický pracovník má povinnost absolvovat určitý počet přednášek ročně a je jen na něm, na jaké lekce se přihlásí. Existuje však seznam povinných přednášek, které je nutno opakovaně navštěvovat například kardiopulmonální resuscitaci jednou za dva roky. Všechny povinné i nepovinné lekce jsou bezplatné a naopak zaměstnavatel

hradí mzdu za počet hodin strávených na přednášce. Na konci každé vzdělávací akce je písemný test a po jeho úspěšném vykonání zdravotník obdrží certifikát ohodnocený příslušným počtem kreditních bodů pro registraci (viz příloha C).

Odborníci výukového centra se podílí na vypracování standardů pro výkony v ošetřovatelské péči. Kterákoliv sestra nebo porodní asistentka z provozu se může účastnit přípravy nových standardů přímo jejich vytvářením nebo nápadem či připomínkou.

Military hospital je kvalitní výuková nemocnice, která pořádá nejen konference pro sestry a porodní asistentky, ale také symposia na mezinárodní úrovni s účastí špičkových odborníků z celého světa. Prezентují se zde nejnovější poznatky a výsledky studií z různých oborů medicíny. Sestry a porodní asistentky platí za návštěvu těchto akcí pouze symbolické vstupné a za třídní symposium obdrží 16 kreditních bodů do programu celoživotního vzdělávání (viz příloha D).

3.7 Omezení odlišnou kulturou

Saúdská Arábie je teokratická země, kde náboženství určuje a řídí každodenní život. Cizinec si musí zvykat na celou řadu příkázání a omezení, která je nutno dodržovat a akceptovat. Zvláště pro ženy z vyspělých zemí není adaptace na nové prostředí jednoduchá.

První velké překvapení nastává po příjezdu do země již na letišti, kde je ženám zabaven pas a nesmí samy prostory letiště opustit. Pověřený zástupce nemocnice je vyzvedne a odveze do areálu nemocnice. Namísto pasu je všem cizincům vydán místní doklad tzv. Iqama, kterou se nadále prokazují. Pouze na cestu domů nebo na dovolenou je pas vyměněn za Iqamu.

Jako všechny ženy v Saúdské Arábii, stejně tak i cizinky musí povinně nosit abayu. Vlasy si halit nemusí a burku nenosí. Může se stát, že ve velkých odchodních centrech potká cizinka mutawu, což je zástupce náboženské policie, a ten ji bude nutit zakrýt si vlasy. Je lépe mu vyhovět a přehodit si šátek volně přes hlavu. Tito mutawové jsou většinou vzteklí muži, oblečení stejně jako ostatní Arabové, jen jejich kalhoty jsou kratší nad kotníky a mají henou obarvené dlouhé vousy. Dnes napadají pouze

slovně, ale pamětníci dokládají, že mutawa měl právo ženu i cizinku udeřit holí, pokud se mu zdálo její chování nebo oblečení nemravné (32).

Pro všechny cizince platí také zákaz jakéhokoliv sociálního kontaktu s opačným pohlavím na veřejnosti, pokud nejsou manželé. Cizinci si na to těžko zvykají a musí být ostražití, neboť si často neuvědomí, že když se potká muž se ženou na ulici, nesmí se spolu zastavit a přátelsky si popovídat. Stejně je to i při cestování automobilem. Muž a žena, jestliže nejsou manželé, spolu nesmí jet jedním autem. Hrozí jim trest a paradoxně je to opět žena, která může být za tento přestupek uvězněna pro prostituci. Opakovaně se takový incident stal a žena byla potrestána a vyhoštěna ze země.

Naštěstí existují tzv. compoundy, jsou to velké bloky domů, obehnané vysokou zdí, kde žijí jen cizinci a Arabové do nich nemají přístup. Zde se pořádají různé kulturní akce a oslavy a všichni se mohou bavit společně, společně se koupat, hrát sportovní hry a žít běžný společenský život jako doma.

Hromadná doprava ve městech nefunguje, k přepravě se používají taxi a žena vždy sedí vzadu. Na doporučení přátel lze sehnat spolehlivého řidiče taxi, který je cizinci k dispozici vždy, ve dne i v noci. Většinou jsou z Libanonu nebo Pákistánu, se saúdskými řidiči cizinci jezdit nechtějí, nevěří jim a řada řidičů ani neumí anglicky. Cizinka nemá v Saúdské Arábii právo řídit automobil. Železniční doprava je na dobré úrovni, má rozdělené vagóny pro muže, ženy a rodiny. V letadlech při mezinárodních letech se neřeší, zda muž sedí vedle ženy, nejsou zde rozdělené sekce.

Ponižující jsou také prohlídky zavazadel na letišti. Obsluha prohledá celý obsah kufru a zabaví k přezkoumání všechny CD romy z důvodu pašování pornografie, časopisy, jestliže jsou v nich fotky žen s odhalenými vlasy, pažemi nebo výstříhy na šatech. Nesmí se vozit alkohol a výrobky z vepřového masa.

V mnoha institucích, restauracích, bankách a nemocničních čekárnách jsou rozděleny prostory pro muže, ženy a rodiny, na což si cizinec musí zvyknout, aby se nedostal do problémů. V ZOO, muzeích, veřejných knihovnách jsou určeny návštěvní hodiny zvlášť pro ženy a muže. Děti do deseti let mohou s kterýmkoliv rodičem dle určené doby (36).

Odlišnosti kultury se projevují i na pracovišti. I mezi saúdkými lékaři jsou mutawové, muži i ženy, kteří dohlíží, aby nebyly porušeny islámské zákony. Vyloučen je jakýkoliv fyzický kontakt s mužem - lékařem, byť by se jednalo o nevinný dotyk ruky k upoutání pozornosti. Cizincům toto činí potíže, protože v evropské kultuře je to běžné. Mutawa se ženě nikdy nepodívá přímo do očí, porodní asistentka referuje o zdravotním stavu pacientky a lékař – mutawa se dívá jinam, což působí zprvu až nevychovaně. Problémy mohou být i s oblečením na oddělení. Porodní asistentky z Jižní Afriky, které jsou stavbou těla plnější a uniformy je obepínaly a zdůrazňovaly jejich křivky, byly nuceny si na popud lékařky – mutawy oblečení vyměnit za větší.

Islám netoleruje žádné jiné náboženství. Je zakázáno nosit symboly křesťanství a slavit jakékoliv křesťanské svátky, zvláště vánoce. V době těchto svátků kontroluje mutawa i oddělení, jestli někde není nějaký symbol vánoc, např. svíčka, obrázek nebo andělíček. Nicméně mnoho saúdkých spolupracovníků potají a šeptem přeje cizincům „Merry Christmas“.

Další důležitou skutečností je přísný zákaz fotografování a natáčení kamerou na veřejnosti. Cizinec se musí důkladně přesvědčit, že v okolí objektu, který chce zdokumentovat, nejsou žádní domorodci. Pokud chce fotografovat saúdké muže, je třeba je požádat o svolení, aby se vyhnul problémům. Saúdké ženy nesmí ani oslovit, natož fotografovat, i když jsou zpravidla úplně zahalené.

Saúdká Arábie je nejortodoxnější muslimská země, a proto může být i nebezpečná pro cizince, který není seznámen s jejími pravidly. Platí doporučení, nahlásit se okamžitě po příjezdu na ambasádu své země, jež se o jedince v případě problémů může postarat a pomoci mu. Česká ambasáda začala působit v Saúdké Arábii na přelomu roku 2002 a 2003. Bohužel zpočátku své činnosti neměla o české občany žádný zájem. Na jaře 2003 začala válka v Iráku. Na protest proti saúdkoarabské politice, která podporovala vojenskou intervenci USA do Iráku, docházelo k mnoha teroristickým útokům na cizince v Rijádu. Všechny příslušné ambasády pravidelně kontaktovaly a informovaly své občany o nebezpečných lokalitách nebo o doporučeném zákazu vycházení. Bohužel česká ambasáda mlčela. Občané naší země museli požádat americkou a britskou ambasádu o zasílání těchto varovných listů a obě ambasády bez problémů vyhověly. Situace v Rijádu se stabilizovala a od roku 2004 nejsou

zaznamenány žádné teroristické útoky. V této době je činnost české ambasády velmi dobrá, o své občany se stará a dokonce pro ně pořádá různá setkání a výlety.

4 Multikulturní ošetrovatelství

Leiningerová definuje transkulturní ošetrovatelství: „Formální oblast studia a praxe ošetrovatelství je zaměřena na podrobnou holistickou kulturní péči, zdraví a znaky chorob jednotlivců nebo skupin a respektování rozdílných a společných znaků v kulturních hodnotách, vírách a praktikách“ (40, s. 27).

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

Koncept transkulturalismu mnohdy navazuje na fázi multikulturalismu, avšak nyní dochází k tomu, že se jednotlivé kultury mísí, vzájemně ovlivňují, přebírají do své kultury prvky kultur jiných. Jde o interakci mezi příslušníky majoritní a minoritních společností a skupin. Transkulturnímu procesu se nelze v době migrace vyhnout (42).

Transkulturní ošetrovatelství je moderní přístup současné ošetrovatelské praxe, který je v souladu s holistickým pojetím člověka-pacienta. Citlivě detekuje veškeré jeho potřeby a napomáhá sestře v profesionálním plnění ošetrovatelské péče s přihlédnutím ke všem jejím specifikům (30).

Reagování na zdraví a nemoc není záležitost pouze biomedicínká, ale i psychosociální, kulturní, etnická a náboženská. Práce s duchovními tématy je stejně důležitá, jako léčení samo. I když s cizincem zdravotničtí pracovníci komunikují stejným jazykem, neuvědomují si odlišnosti v kulturním, etnickém pohledu klienta či nemocného. Tomu je potřeba se postupně naučit, najít pochopení pro cizince, kteří se dostaví do zdravotnického zařízení, přijímat jeho názory a postoje (17).

4.1 Multikulturní kolektiv

V oblasti zdravotnictví na významu nabývá vzájemná interakce mezi zdravotníkem a pacientem (jeho rodinou, komunitou). Důležité je hledání společných nebo blízkých kulturních hodnot, od kterých je možné vyjít při budování vzájemných vztahů respektu, důvěry, tolerance a porozumění a které poskytnou základnu také pro řešení zdravotních a sociálních problémů pacienta/klienta.

Úkolem zdravotníka je diagnostikovat, léčit, pečovat, chápat, pomáhat, podporovat, edukovat, ne soudit. Vždy je nutno posuzovat pacienty a situace individuálně, ne generalizovat.

Profesionální chování sestry je charakterizované jako adaptivní, zatímco chování klienta může být i expresivní. Pro každého zdravotnického pracovníka je výhodné, pokud ovládá cizí jazyky, ale je nutné poznat a respektovat také konvence, rituály, zvyky, tzn. komunikační etiketu jiných kultur a národností (13).

Kulturní kompetentnost je výchovně vzdělávací proces, který vede k získání transkulturní kompetence, je realizován ve třech rovinách:

- sebeanalýza (uvědomění si své vlastní identity a příslušnosti, hodnot, tradic)
- vzdělávání (sociologie, kulturní antropologie, filosofie, transkulturní ošetřovatelství)
- zkušenost (ve vlastní zemi i v cizině, v rámci profese, v občanském životě, při cestování, zahraničních pobytech a stážích) (39).

V multikulturní společnosti v dnešní době již není vzácností i multikulturní kolektiv zdravotnických pracovníků. Ve vyspělých západních zemích často pracují v nemocnicích lidé různých kultur. Stejně tak i v některých ekonomicky bohatých oblastech Blízkého východu jsou zaměstnáváni zdravotničtí pracovníci z celého světa. Důvodem je především nedostatek vzdělaných zdravotníků, kteří mohou poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči.

V Saúdské Arábii je největší procentuální zastoupení zdravotnických pracovníků z Asie, především z Filipín, Malajsie a Indie, dále z Jižní Afriky. Nevelké zastoupení mají sestry z Velké Británie, Nového Zélandu, Austrálie a z České a Slovenské republiky. Vzhledem k multikulturní komunitě je na pracovišti povoleno komunikovat pouze anglickým jazykem a arabsky. Přestupky proti tomuto příkazu jsou postihovány, neboť působí velmi neprofesionálně ve vztahu k ostatním spolupracovníkům i pacientům. Ve vzdělávacím centru působí skupina vyškolených odborníků, kteří se zaměřují na vzdělávání zdravotnických pracovníků v multikulturní péči a komunikaci.

Zdravotničtí profesionálové nabývají vzděláváním v oblasti kultur větší rozlišovací schopnost a citlivost k etnickým, kulturním a sociálním specifikům, schopnost lépe rozlišovat jevy etnicky, kulturně determinované od sociálně patologických jevů, vyšší profesionální jistotu v péči o lidi jiné kultury, etnika či sociální vrstvy, umění lépe komunikovat a být citlivější a obratnější i v oblasti nonverbální komunikace a paralingvistiky a vlastní osobnostní růst a rozvoj lidství (39).

Multikulturní komunikace ulehčuje sociální interakci a vzájemné porozumění příslušníků jiných kultur, přičemž nejde pouze o uplatnění cizího jazyka, ale také o znalost projevů neverbální komunikace a respektování komunikační etikety. Efektivní je tehdy, když účastníci navzájem pochopí význam odevzdávané informace (13).

Transkulturní ošetrovatelská péče vyžaduje od sester schopnost posuzovat stav tělesného, psychického, sociálního a duševního zdraví, jejich specifika vzhledem k sociálním a kulturním hodnotám a normám příslušníků odlišné kultury, diagnostikovat problémy, potřeby a stav jednotlivců a skupin, plánovat, realizovat a hodnotit poskytovanou komplexní ošetrovatelskou péči o jedince a skupiny s jinou kulturou a s jinými sociálními podmínkami (5).

Pro zvládnutí diagnosticko – terapeutického procesu a ošetrovatelské péče je nutno respektovat zvláštnosti dané komunity a volit vhodné komunikační techniky tak, aby byla péče kvalitně realizována (43).

4.2 Překonaná paradigmatata

Překonaná paradigmatata (mýty) v přístupu k péči o pacienty jiných etnik a kultur:

- není třeba přizpůsobovat péči nebo léčebné procedury tak, abychom do nich zahrnuli i kulturní odlišnosti, protože osoba se zdravým rozumem a inteligencí se může přizpůsobit
- problémy minorit mohou být vhodně řešeny těmi, kteří jsou vyloženě připraveni je rozpoznat anebo těmi, kteří jsou členy té samé minority
- profesionální chápání znalostí a dovedností je neefektivní (nevylácí se individuální přístup), tito pacienti mají malé, špatné verbální dovednosti a nespolupracují nebo setrvávají na bezprostředních rozhodnutích a jsou rezistentní ke změnám
- znamená zavádění předsudků a diskriminace (39).

4.3 Pojmy multikulturní péče

Termín etnikum pochází z antické řečtiny, v níž ethnos znamenal kmen, rasa, národ, latinský termín ethnicus je pohan, pohanský. Teorie o etnické diferenciaci lidstva má staré kořeny. V západoevropské tradici znamená kulturně diferencované skupiny lidí. Těmito termíny se často označuje také národ, národnost, národnostní menšina, kmen, ale to není přesné.

Etnická skupina je společenství, v němž je účast dána narozením do této skupiny a členové mají pocit sounáležitosti. Jde o označení historicky vzniklé sociální skupiny, sociálního celku se společnými a specifickými etnickými rysy. Těmi jsou zpravidla rysy jazykové, kulturní, náboženské, barva pokožky, národní nebo geografický původ předků atd. V etnických skupinách jsou udržovány stálé, jednou provždy dané a osvědčené způsoby existence skupin. Etnická skupina si udržuje a předává dál své kulturní a sociální dědictví dalším generacím (42).

Národ vymezuje jevy vzájemně historicky, kulturně, ekonomicky a sociálně diferencované. Z toho vyplývá nejednotnost a určitá možnost sporu při vymezení

národa. Národ je osobitě a vědomě kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území.

Kultura byla od pradávna součástí každé lidské komunity. Např. specifická gesta, způsob komunikace či jiné vyjadřovací prostředky, způsoby oblékání, stravování, specifické potraviny a jejich příprava, životní styl, návyky a zlovyky jsou typické pro konkrétní skupinu jedinců. Kulturní rozmanitost je jedním z ústředních znaků lidského života.

Samotný pojem kultura má mnoho charakteristik. Etymologický původ slova je v latinském *colo, colere* a byl původně spojován s obděláváním zemědělské půdy (*agri cultura*).

Kulturní vzory jsou naučená a závazná schémata pro jednání v určitých situacích. Objektivně vystupují jako obyčeje, mravy, zákony, tabu. Sociologie chápe kulturní vzorec jako systém forem chování, hodnot a norem, charakteristický pro danou společnost, který je obecně přijímán, napodobován, vstupuje do procesu socializace jedinců, reprodukuje se v kulturních výtvorech a stabilizuje se ve zvycích a obyčejích (17).

Kulturní šok představuje pocity dezorientace a stresu, jež zakouší lidé vstupující do neznámého kulturního prostředí. Je způsoben zejména nečekanými, překvapujícími zjištěními, která vyplývají z kontaktu s neznámou kulturou.

Kulturní šok má tři fáze:

První fází, navazující na období cestovních příprav, těšení a očekávání, je nekritické nadšení cizí kulturou. Po příjezdu do vysněné exotické země, ve srovnání s domácím světem, vše jedinci připadá nové, fantasticky barevné, zajímavé, voňavé a skvělé. Domorodci se zdají mnohem otevřenější, přátelštější a srdečnější než všichni ti studení a nudní lidé doma.

Druhou fází kulturního šoku je vystřízlivění, frustrace a deprese. Zatímco v předcházející fázi člověk viděl jen kladné stránky cizího světa, teď se to zrcadlově otočí a začne se mu zdát, že cizí kultuře vůbec nerozumí, že je na ulici špína, domorodci se mohou zdát hloupí, záludní a zlí a neustále se ho snaží okrást. Slabší povahy se

uzavírají do sebe, propadají depresi, urychleně kupují letenky a odjíždí domů, i když původně plánovaly mnohem delší pobyt.

Psychická krize za pár dní přejde a teprve ve třetí fázi, po odeznění kulturního šoku, jedinec uvidí svět kolem sebe takový, jaký opravdu je. Musí být ale připraven na to, že po návratu domů prožije všechny fáze kulturního šoku znovu. Tentokrát ho ale bude střídavě fascinovat a štvát vlastní kultura a bude se mu stýskat po cizině a jejích obyvatelích (42).

4.4 Multikulturní ošetrovatelský model podle M. Leiningerové

Jedním z nejlépe propracovaných multikulturních modelů v ošetrovatelství je model M. Leiningerové, který je vhodně využíván k poskytování kvalitní a profesionální péče. Lze jej využít univerzálně, tzn. nejen pro ošetrovatelskou péči etnických minorit v majoritní společnosti, ale i v pozici, kdy zdravotnický personál je tvořen jinými kulturními menšinami a ošetruje majoritní skupinu.

Cílem je poskytnout lidem rozdílných kultur kulturně specifickou a všestrannou péči v podpoře zdraví, blaha, nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským okolnostem, těžkostem a smrti, kulturně vhodnými způsoby (39).

4.4.1 Madeleine Leiningerová

Profesorka Leiningerová získala základní ošetrovatelské vzdělání v roce 1948 v Denveru. Dále pokračovala v bakalářském a magisterském studiu na universitě ve Washingtonu. V roce 1960 poprvé definovala termín transkulturní ošetrovatelství. Své doktorandské studium zaměřené na kulturní a sociální antropologii dokončila v roce 1965. Studiu transkulturního ošetrovatelství se věnovala celý svůj profesní život. Hostovala a přednášela na 48 amerických a zahraničních univerzitách. V roce 1973 založila Katedru transkulturního ošetrovatelství na School of Nursing ve Washingtonu (28).

4.4.2 Vznik teorie

Madeleine Leiningerová svoji teorii nazvala teorií kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti. Myslí tím poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetrovatelství (39).

Teorii kulturně diverzifikované a univerzální péče se začala zabývat v padesátých letech 20. století. Studovala vliv kultury na chování jedince ve zdraví a nemoci. Zájem o vliv kultury na ošetrovatelství iniciovaly M. Leiningerovou její vlastní zkušenosti ze sesterské praxe. Ty souvisely s mnohonárodností, etnickou rozdílností a migrací obyvatelstva. Všimla si odlišného chování příslušníků jednotlivých národností a etnik. Uvědomila si, že kultura má značný vliv na životní styl, ale také na ošetrovatelskou péči (28).

V šedesátých letech Leiningerová poprvé použila termín transkulturní ošetrovatelství a v tomto období také realizovala svůj první výzkum v Papue-Nové Guinei.

Leiningerová ve své práci vycházela z dvou disciplín: ošetrovatelství a antropologie. Zastává názor, že lidé mají právo mít vlastní kulturní hodnoty, víru a potřeby. Sestry pokud chtějí svým klientům poskytovat kvalitní službu, měly by jim poskytovat takovou péči, která bude toto právo respektovat (40).

Sestry musí ukázat, že respektují pacientovy hodnoty, názory a zvyky. V opačném případě si může pacient vysvětlovat jejich přístup jako opovrhlivý, bez jakékoliv úcty (20).

Myšlenka transkulturního ošetrovatelství se začala realizovat v praxi a nastal její rozmach i mimo území USA (39).

4.4.3 Metaparadigma ošetrovatelství podle Leiningerové

Jednotlivé ošetrovatelské koncepce a teorie se mezi sebou liší pohledem na čtyři základní komponenty ošetrovatelství: osoba (jedinec, společenství), prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Tyto pojmy vymezují metaparadigma oboru ošetrovatelství. Obsahové

pojímání těchto kategorií a vztahy mezi nimi jsou předmětem paradigmatu tohoto oboru, tedy jeho koncepčních modelů a teorií (40).

Osoba je vnímána jako holistická bytost ovlivněná sociálním pozadím. Společenská struktura, pohled na svět a hodnoty lidí se transkulturně odlišují. Klienti z rozdílných kultur vnímají zdraví, chorobu, péči, léčbu, závislost a nezávislost různě.

Prostředí je nutno posuzovat jako vzájemně související a vzájemně závislý systém společnosti, která se skládá z politického, ekonomického, sociálního a vzdělávacího, technického, náboženského a kulturního systému.

Zdraví je stav pohody, který odráží schopnost jedinců nebo skupin lidí vykonávat jejich denní činnosti kulturně vyjádřenými, užitečnými a vzorovými způsoby. Vnímání zdraví a choroby je kulturně podmíněné a proto nemůže být univerzálně definováno. Světonázor, sociální struktura a víra ovlivňují vnímání zdraví do takové míry, že je nemožné je od sebe oddělovat.

Ošetrovatelství je transkulturní profesí a vědní disciplínou, která poskytuje péči osobám různých kultur. Zaměřuje se na podporu, udržování zdravého jednání nebo zotavení se z nemoci či na pečování o ty, kteří se o sebe nemohou či nechtějí starat a doprovázení umírajících a jejich rodin kulturně shodným způsobem (28).

Multikultura ve zdravotnictví je dnešní realita, a to nejen u příjemců zdravotní péče, ale také u jejich poskytovatelů. Nanejvýš důležitá a potřebná je tolerance a vzájemné pochopení, empatie a pomoc mezi příslušníky různých národů (21).

4.4.4 Popis modelu vycházejícího slunce

Teorie transkulturního ošetrovatelství je také známá pod označením Model vycházejícího slunce (Sunrise model). Tento název dostala podle schématu, ve kterém Leiningerová vizuálně znázornila svoje ideje a který představuje jednotlivé složky této teorie:

1. Rozměr kulturní a sociální struktury

Sociokulturní kontext je znázorněn jednotlivými paprsky slunce, které reprezentují technologické, náboženské a filozofické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto faktory jsou vzájemně propojené a jejich vliv na jedince nelze chápat odděleně.

Jednotlivé paprsky slunce jsou ve vzájemné souvislosti s jádrem slunce, které je tvořené: znaky, modely, praktikami péče a zdravím. Všechny faktory tak ovlivňují vnímání zdraví a choroby, jako také způsob péče, které jedinec využívá.

2. Systém péče

Leiningerová rozlišuje dva systémy péče: tradiční a profesionální.

Tradiční systém se vztahuje na způsoby péče, které jsou praktikované příslušníky subkultury. Nazývá ho též lidovým nebo laickým systémem a charakterizuje ho jako kulturně naučené a přenesené názory, poznatky a zručnost vlastních lidí, které využívají při zabezpečení nebo podpoře činností jedinců, skupin nebo institucí.

Profesionální systém představuje formálně naučenou a přenesenou profesionální péči. Je to systém, který převládá v profesionálních institucích, kde pracují zaměstnanci různých povolání. Tento systém prezentuje názory velkých etnik, majoritní části obyvatelstva, tedy lidí z venku, ne z nitra subkultury. Příslušníky tohoto systému jsou sestry (40).

Sestry by měly poznat kromě formálních i tradiční způsoby péče, aby mohly poskytovat profesionální péči i pacientům, kteří pocházejí z jiné kultury, než jsou ony samy (28).

3. Typy péče

Péče tvoří u Leiningerové centrum ošetrovatelských aktivit. Je to základní a ústřední sjednocující vládnoucí dominanta charakterizující ošetrovatelství.

Leiningerová rozlišuje mezi pojmy péče (care) a starání se - ošetřování (caring). Starání se charakterizuje jako naučené a přenesené kulturní způsoby asistence, podpory a pomoci lidem nemocným, zdravým nebo umírajícím, starání se představuje vlastní

ošetřovatelské akce a aktivity, které jsou konkrétním vyjádřením fenoménu péče. Starání se považuje za znak, který dělá ošetřovatelství profesí.

Kulturně shodná péče se podle Leiningerové může realizovat třemi způsoby v závislosti od toho, v jakém stavu se klient nachází, které jsou jeho hlavní problémy a potřeby.

1. Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví

Tento typ péče zahrnuje podporu, která prostřednictvím profesionální činnosti pomáhá lidem jednotlivých kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí nebo čelit postižení nebo smrti. Zdravým pomáhají sestry pomocí podpůrných aktivit, nemocným pomáhají se zotavit z jejich těžkostí.

2. Kulturní péče umožňující adaptaci

Tato péče v sobě skrývá všechny intervence, které pomáhají klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče. Sestry asistují klientovi při jeho přizpůsobování se novým životním rolím (například roli matky), nepříznivé události (úmrtí člena rodiny) anebo nejčastěji – adaptování se na roli pacienta.

Při hospitalizaci může mít klient pocházející z jiného kulturního prostředí problémy. Nemůže vykonávat obvyklé náboženské rituály, má omezený kontakt s příbuznými, nemocniční strava neodpovídá jeho kultuře a podobně. Úlohou sestry je dohodnout se s pacientem na takových aktivitách, na takové péči, která bude respektovat potřeby klienta, ale také požadavky nemocničního systému. Sestra pak vystupuje jako vyjednatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče.

3. Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu

Tento typ péče se dostává do popředí tehdy, když je potřeba modifikovat, či úplně změnit způsob, jakým se klient stará o svoje zdraví.

Sestry často apelují na klienty, aby změnili svůj stravovací režim. Ve smyslu kulturně zhodnocené péče bude sestra spolu s klientem hledat taková jídla, která by vyhovovala nejen dietě, ale která také respektují jeho kulturní, náboženské normy či finanční možnosti (39).

4.4.5 Sběr údajů

Pro sběr údajů k etnoošetřovatelskému odhadu vypracovala Leiningerová metodu, kterou nazvala etnoošetřovatelství. Je to výzkumná metoda sestavená k systematickému studiu ošetřovatelských fenoménů. Při její tvorbě se Leiningerová opírala o metody terénního výzkumu tak, jak jsou známy z etnografické antropologie. Poznatky, které sestry získávají při dlouhodobém studiu etnik, potom aplikují ve své práci v komunitách či zdravotnických zařízeních (39).

Etnoošetřovatelství je studium postojů, hodnot a zvyků, které se vztahují k ošetřovatelství tak, jak je vnímají klienti dané kultury prostřednictvím přímé zkušenosti anebo kognitivních procesů. Při ošetřování klienta z jiné kultury je možné neznalostí a nerespektováním jeho odlišností přispět k devalvaci osobnosti. V běžném životě jde o sociální komunikaci, zatímco v profesionálním životě zdravotníků se vyžaduje, aby každá komunikace obsahovala také terapeutické prvky (13).

Etnoošetřovatelský odhad dlouhý

Jazyk, komunikace, gesta

Arabové hovoří arabsky, mluvená řeč není složitá, ale problémem je psané slovo. V komunikaci jsou přímí, emoce projevují velmi výrazně (křik, smích, pláč), jsou hluční, při hovoru často výrazně gestikulují. Na vyjádření záporu mlasknou. Jsou zároveň otevření, svůj názor projevují jasně a nekompromisně. Přízeň a náklonnost dávají najevo oběťm (žena ženu i jiné kultury).

Způsob oblékání, tělesný vzhled

Muži nosí dlouhé bílé košile až ke kotníkům a barevný nebo bílý šátek. Složení šátku na hlavě není náhodné, různý typ skladu vyjadřuje určitou hierarchii ve společnosti. Zároveň mohou muži nosit jakékoliv jiné běžné pánské oblečení. Většinou jsou čisti, upravení a používají výrazné parfémy. Ženy oblékají již zmíněnou abayu a černý šátek. Některé i burku přes obličej. Také kvalita látky jejich oděvu vyznačuje stupeň důležitosti. Ženy z vysoko postavených a královských rodin si nezahalují tvář, pouze vlasy mají zakryté. Péči o sebe, na rozdíl od obyčejných žen, věnují velkou pozornost a mnoho peněz. Ženy z nižších vrstev si nebarví vlasy, nemalují se a příliš se o sebe nestarají.

Způsob života, názory na techniku v souvislosti s diagnosticko terapeutickými výkony

Arabové žijí klidným a pohodlným životem, málokdy spěchají, nejsou zvyklí dlouho a tvrdě pracovat. Raději se spokojí s málem, než by vyvinuli větší aktivitu. Nejsou příliš technicky zdatní, zvláště ženy se o technické věci nezajímají vůbec, vše nechávají na manželovi. Stejně se chovají i v případě, kdy je nutno provést diagnosticko terapeutický výkon nebo vyšetření. Volají manžela a rozhodnutí nechávají zpravidla na něm.

Způsob života v rodině

Rodina je v arabské komunitě vnímána velmi silně a je na prvním místě. Většina rodinných příslušníků žije pospolu, společně hospodaří a vychovávají děti. Není zvláštností, když matka a dcera jsou těhotné ve stejnou dobu a jejich děti jsou stejně staré. Projevují k sobě navzájem silné vazby, většinu času tráví rodina pohromadě. V případě hospitalizace člena rodiny přichází početná rodina do zdravotnického zařízení a setrvává s ním dlouhé hodiny. Nevyžadují žádné pohodlí, sedí a často i spí na zemi vedle lůžka nemocného. Nosí mu jídlo a pití. O zdravotním stavu je většinou jako první informována rodina a ta poté pohovoří s pacientem.

Stravovací zvyky, tabu

Saúdové jedí poměrně vydatnou stravu, která je ne vždy zdravá a vhodná pro daného jedince. Mají rádi tučná jídla, často se stravují v řetězcích rychlého občerstvení a to se negativně odráží na rostoucím počtu obézních lidí, zvláště dětí. Pochoutkou v Saúdské Arábii je speciální arabská káva, která je velmi silná, neslazená a jedí se k ní čerstvé nebo sušené datle. Cukrovinky a zákusky jsou přeslazené a Arabové je konzumují ve velkém množství a často. Nesmí jíst vepřové maso, ani výrobky z něj a nesmí požit alkohol nebo produkty, které alkohol obsahují. Stravovací návyky se striktně mění v měsíci Ramadánu, kdy se muslimové během dne postí a jíst a pít mohou až po setmění.

Náboženství a duchovní víra, hodnoty

Náboženství ovládá a řídí celý život muslimů. Duchovní víra je velmi silná a je jí vše podřízeno. Pokud se pacient v nemocnici modlí, je to prioritní a celý tým operačního sálu čeká, až dokončí tuto činnost. Náboženství omezuje i aktivity jedince formou náboženských zákonů. Prikazuje zahalování žen, omezování volného pohybu žen, separaci pohlaví, stravovací návyky a pevný řád modliteb. Cizinec musí být velmi obezřetný, aby se vědomě či nevědomě nedotkl muslima nevhodnou poznámkou o jeho náboženství.

Sociální vztahy k vlastní kultuře, k majoritě, k minoritě

Saúdové mají velmi silnou vazbu ke své vlastní kultuře, jsou velmi hrdí a dá se říci, že neradi uznávají a akceptují jinou kulturu. Vztah k minoritám se bohužel odvíjí od barvy pleti jedinců komunit jiné kultury.

Hodnota vzdělání

Vzdělání jedinci mají vysoké postavení a dobré finanční ohodnocení. Nicméně velké procento saúdských občanů nemá dostatečné vzdělání ani motivaci studovat a učit se. Vzdělaných lidí si váží a uznávají je, např. sestra má mnohem vyšší kredit v jejich společnosti než u nás.

Způsoby informování jak předcházet chorobám, udržet zdraví a starat se o sebe

Saúdové se o své zdraví příliš nestarají, ti bohatí si mohou v případě nemoci zaplatit drahou léčbu v cizině. Naopak ti obyčejní přicházejí a vyhledávají lékařské ošetření poměrně pozdě. Vzhledem k nízké vzdělanosti se většinou radami zdravotnických pracovníků neřídí. Často nechápou a neporozumí nutnosti omezení, která by mohla jejich zdravotní stav zlepšit. Problémy mají s dodržováním předepsané diety, užíváním léků dle rozpisu nebo návštěvami lékaře v poradnách. I v otázce zdraví se objevuje silný vliv náboženství na jedince. Muslim se raději vícekrát denně pomodlí, než by změnil svůj životní styl a byl aktivnější v podílení se na zlepšení svého zdravotního stavu. Podle něj Allah řídí vše, určuje tedy, zda se pacient uzdraví nebo zemře.

5 Porodní asistence v Military Hospital

Gynekologicko - porodnická klinika Southwest Corner v Military Hospital je samostatná, kvalitně vybavená budova, poskytující ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni. Byla otevřena v roce 1980. Do té doby neexistují žádné matriční záznamy a rok narození pacientek se odhaduje podle toho, co jim řekly jejich matky. Většina žen má datum narození 1.1. a příslušný rok, z toho vyplývá, že ani ony samy neznají přesně svůj věk. Celkový počet porodů ročně se v SWC pohybuje lehce pod 10 000.

Zdravotníčtí pracovníci tvoří multikulturní pracoviště, tak jako v každé saúdské nemocnici. Spolupracují tu porodní asistentky různých národností, různého náboženského vyznání a pocházejí z mnoha zemí světa. Porodní asistentky a všeobecné sestry poskytují pacientkám ošetrovatelskou péči podle platných standardů gynekologicko – porodnické kliniky. Managementy jsou psány v anglickém jazyce a na pracovišti je povoleno hovořit pouze anglicky a arabsky. Tímto opatřením se snaží vedení nemocnice o to, aby arabští pacienti netrpěli pocity, že o nich někdo mluví a oni nerozumí. Bohužel až 90% rodičích žen v Military hospital neumí a nerozumí anglicky. Porodní asistentka je nucena se ve vlastním zájmu, co nejrychleji naučit několik důležitých frází v arabštině, aby mohla s pacientkou komunikovat při poskytování ošetrovatelské péče. Zvláště důležitá je komunikace u porodu, kdy porodní asistentka musí ženu vést a radit jí, co v které chvíli dělat, ale především jí poskytnout psychickou podporu a porozumění. Mladé rodičky neví o porodu mnoho, protože o tomto tématu se ani mezi ženami nemluví. S mužem o těhotenství a porodu nemluví žena vůbec.

5.1 Kompetence porodní asistentky

Porodní asistentka v Military hospital je kompetentní vést samostatně fyziologický porod, ošetřit drobné poporodní poranění, ordinovat některé medikamenty, zahájit léčbu patologických stavů v porodnictví jako je preeklampsie nebo poporodní krvácení. V těchto situacích se porodní asistentka striktně řídí příslušným managementem a zodpovídá za daný postup a dodržování přesné posloupnosti vykonané ošetrovatelské péče.

5.2 Obstetrical assesment unit (OAU) (porodnické příjmové oddělení)

Porodnické příjmové oddělení je samostatná jednotka, kde pracují tři porodní asistentky a jedna všeobecná sestra. Zde se hodnotí zdravotní stav pacientky a progresu porodu. Vzhledem k jazykové bariéře mezi personálem a pacientkami, je nutné okamžitě připevnit těhotné ženě na ruku identifikační pásku se jménem. U každé těhotné ženy jsou provedena základní vyšetření jako je kontrola laboratorních výsledků v počítači, kontrola ultrazvukového vyšetření, měření fyziologických funkcí, zevní vyšetření, CTG a vnitřní vyšetření. Pokud žena nemá žádné ultrazvukové vyšetření, je volán lékař, který toto vyšetření provede. Porodní asistentka nesmí vaginální vyšetření provést, z důvodu vysokého procenta dg. placenta praevia u multigravid. Ne všechny arabské ženy navštěvují prenatální poradnu.

Porodní asistentka samostatně zhodnotí všechny faktory zdravotního stavu, průběhu těhotenství a porodu a rozhodne, zda pacientku odešle domů nebo na oddělení rizikového těhotenství či na porodní sál. Lékař je volán pouze k závažným stavům a jsou mu také referovány pacientky, které odchází domů. Rodičí ženy jsou zcela v kompetenci porodních asistentek. Jsou odvezeny na porodní sál s kompletní dokumentací, zavedenou intravenózní kanylou, odebraným vzorkem krve na krevní obraz a zkumavkou krve na krevní skupinu a křížovou zkoušku.

5.3 Labour ward (porodní sál)

Porodní sál tvoří devět samostatných porodních pokojů a jeden velký pokoj se třemi lůžky, který je popsán níže. V jedné směně slouží sedm porodních asistentek, jedna všeobecná sestra, dvě nurse aid – pomocné sestry a vedoucí porodní asistentka celého týmu - in charge. V ošetrovatelské péči je uplatňován britský model one to one, kdy jedna porodní asistentka pečuje o jednu pacientku.

Porodní asistentka z příjmového oddělení předává rodičku na porodním sále in charge a příslušné asistentce, která bude pokračovat v ošetrovatelské péči. Na velkou tabuli v recepci sálu zapíše k číslu pokoje jméno matky, graviditu, paritu, týden těhotenství, vaginální vyšetření a čas, kdy bylo provedeno a důležité údaje týkající se ženy nebo plodu, např. KP, VVV plodu, gemini, srdeční onemocnění, DM atd.

Porodní asistentka na sále opět provádí měření fyziologických funkcí, zevní vyšetření a CTG, které je kontinuální během celého porodu. Pokud odteče zkalená voda plodová zavede porodní asistentka fetal scalp electrode – vnitřní elektrodu ke snímání ozev plodu kardiokografem. Zápis do dokumentace je porodní asistentka povinna dle protokolu provádět nejméně jedenkrát za půl hodiny. Zhodnotí stav pacientky, popisuje a hodnotí CTG. Managementem fyziologického porodu je určena observace pacientky, TK a T po čtyřech hodinách, P každou hodinu, vaginální vyšetření každé čtyři hodiny. Všechny patologie a abnormality porodní asistentka hlásí in charge a lékaři.

Porodní asistentka po konzultaci s pacientkou ordinuje medikace proti bolesti. V Saúdské Arábii se neužívají žádné nefarmakologické prostředky k tišení bolesti. Ženy o ně nemají zájem nebo je vůbec neznají. Během celého porodu leží na lůžku a mění pouze polohu z boku na bok. Stát nebo chodit odmítají. Příprava k porodu, tedy klyzma se nedává.

Z farmakologických prostředků k tišení bolesti se užívá Entonox. Inhalační analgetikum Entonox je směs oxidu dusného a kyslíku v poměru 1:1. Používá se pro vdechování během porodu. Aplikuje se z tlakové lahve s redukčním ventilem a průtokoměrem (27).

Dalším farmakologickým medikamentem je *Pethidine* a *Phenergan*. Tyto léky ordinuje porodní asistentka, vyplní speciální dokument pro narkotika modrým perem a napíše ordinaci na drugchart, což je list, na kterém jsou všechny léky, které žena dostala. Medikamenty se připravují a aplikují za kontroly dvou porodních asistentek nebo porodní asistentky a in charge. Zkontroluje se identifikační páska se jménem pacientky a látka se podá. Oba zdravotníci se pod aplikovaný lék na drugchart podepíší. Stejná kontrola probíhá u všech ordinovaných medikamentózních přípravků, tablet, infúzí, ale i čípků (11).

Všem primiparám je nabídnuta epidurální analgezie. Pokud žena svolí, podepíše souhlas s epidurální analgezií. Vzhledem k vysoké negramotnosti arabských žen, často jen na souhlas obtisknou palec namočený v tiskařské barvě. Před epidurální analgezií porodní asistentka změří TK a P, podá Ringrův roztok a zavede permanentní močový katétr. Medikamenty se do epidurálního katétru aplikují přes speciální pumpu.

Po porodu extrahuje katétr porodní asistentka a jeho konec je kontrolován dvěma porodními asistentkami, které se podepíší do dokumentace.

Spontánní fyziologický porod vede porodní asistentka bez dohledu lékaře. Proveďte také první ošetření novorozence. Vnitřní porodní cesty a cervix se v zrcadlech nekontrolují, pouze v případě, že žena krvácí, je vyšetřena lékařem. Malé poporodní poranění ošetřuje porodní asistentka. Dokumentaci o porodu a novorozenci kompletně vyplní porodní asistentka a za jednu hodinu po porodu doprovází matku i novorozence na oddělení šestinedělí, kde ji předá ústně i v dokumentaci sloužící všeobecné setře nebo porodní asistentce.

Předčasné porody vede porodní asistentka sama a volá k nim pediatra nebo dle potřeby i neonatologický resuscitační tým.

Porodní asistentka ošetřuje fyziologického novorozence bez dohledu pediatra. Proveďte první prohlídku novorozence, ošetření pupečníku, kredeizaci a zhodnotí skóre dle Apgarové. Identifikační pásky se jménem matky připevní dítěti na obě nožičky. Novorozencům s váhou nad 4 000 g se na sále odebírá krev na stanovení glykémie a všichni dostávají okamžitě umělé mateřské mléko z lahvičky. První přiložení k prsu se na porodním sále provádí pouze na přání matky. Většina arabských žen kojení ihned po porodu odmítá a často se stává, že si novorozence nechtějí ani pochovat. Vysvětlení tkví asi v tom, že ženy jsou unavené velkým počtem porodů rychle jdoucích za sebou. Na porodním sále nejsou zvláštností multipary, které rodí po osmé, deváté i více.

Matky s GBS pozitivní nákazou jsou před porodem přeléčeny antibiotiky. Léčbě předchází tzv. pre – pen test, kdy se ženě aplikuje malé množství antibiotik intradermálně ve speciální injekci, která je připravena v lékárně. Tímto testem se má předejít nežádoucí alergické reakci na antibiotika. Lékař podá látku a vpich na ruce pacientky podepíše. Pokud je vše v pořádku, pacientce jsou aplikována antibiotika za 30 minut od pre – pen testu.

V Saúdské Arábii je obecně vysoké procento výskytu vrozených vývojových vad, chromozomálních aberací a dg. fetus mortuus. Je to způsobeno sňatky mezi blízkými příbuznými, kdy se anamnestická rizika výskytu chorob potencují, nízkým a naopak vysokým věkem rodičích žen. Bohužel nikde nejsou dostupné statistické údaje o této problematice. Arabské ženy a jejich blízcí se díky náboženství staví k této skutečnosti

poměrně vyrovnaně a klidně. Ženy jsou např. s dg. fetus mortuus smířené a vysvětlením je, že vše je vůle Alláhova. Po porodu mrtvého plodu se provádí téměř stejné úkony jako u živého novorozence. Ošetří se pupeční pahýl, plod se zváží, změří a pečlivě označí identifikačními páskami, avšak se jménem otce dítěte. Dále se novorozenec oblékne do plenkových kalhotek a perlanové košilky a zabalí do zavinovačky. Matka si mrtvé dítě chová a s rodinou se s ním společně loučí. Rodiče chtějí své mrtvé dítě vidět vždy, i v případech, kdy má mnohačetné vývojové vady a je znetvořené. Poté jej odnáší otec a vyřizuje pohřeb. Pitvy se neprovádí, neboť Islám je zakazuje.

5.4 High dependent unit (HDU) (jednotka intenzivní péče)

Tento velký pokoj se třemi lůžky je součástí porodního sálu a lze jej nazvat jednotkou intenzivní péče. Je určen pro pacientky, kterým je nutno věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči a nemohou být vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ošetřovány na běžném oddělení. Jsou to rodičky s preeklampií, eklampií, dekompenzovaným diabetem, se srdečním onemocněním, po velkých krevních ztrátách atd. Slouží zde jedna porodní asistentka nebo jedna všeobecná sestra. Porodnická klinika nemá žádnou samostatnou jednotku intenzivní péče a všechny ženy po císařském řezu jsou umístěny na oddělení šestinedělí. Pacientky ve vážném stavu nebo s vážnými komplikacemi jsou přeloženy na centrální jednotku intenzivní péče nemocnice.

6 Policy and procedures (standards)

Pracovní náplň porodních asistentek je dána výčtem jejich kompetencí. Každá nemocnice v Saúdské Arábii má vypracované Policy and Procedures, tedy standardy, kterými se porodní asistentky striktně řídí. Všechny porodní asistentky s nimi musí být obeznámeny a jsou jim k dispozici na každém porodním pokoji. Důležitost standardů spočívá ve sjednocení ošetrovatelské péče v multikulturním kolektivu porodních asistentek.

Vše, co je uvedené v těchto managementech, je porodní asistentka kompetentní provádět a za každý vykonaný úkon a výkon nese plnou zodpovědnost. Policy and procedures v Military hospital byly vypracovány týmem porodních asistentek podle odborné literatury z oboru porodní asistence a nejnovějších poznatků a studií *NICE*.

National Institut for health and Clinical Excellence ve Velké Británii je nezávislá organizace zodpovědná za poskytování poradenství na úrovni týkající se podpory zdraví, prevence a léčby vzniklých onemocnění.

Mezinárodní institut zdraví a klinických dovedností ve Velké Británii vydal směrnici, která poskytuje doporučení pro lékaře a porodní asistentky týkající se péče o rodící ženu. Směrnice podporuje přirozený porod a rámcově popisuje, co dělat, pokud porod nepostupuje normálně. Všechna doporučení jsou založena na výsledcích rozsáhlých studií probíhajících na klinických pracovištích celého světa (26).

6.1 Management poporodního krvácení

Poporodním krvácením označujeme krvácení do 24 hodin po porodu. Příčinou 80% případů takového krvácení po porodu je porucha retrakce děložního svalu (10).

Management pro podání infuze se Syntocinonem u ženy s poporodním krvácením

Cíl: Zabránit velké krevní ztrátě u ženy po porodu

Odpovědné osoby: V nepřítomnosti lékaře, může porodní asistentka v naléhavých porodnických případech, jako je poporodní krvácení a po operativních porodech zahájit léčbu infuzí se Syntocinonem.

Dávkování a způsob podání

500 ml Ringrova roztoku + 40 jednotek Syntocinonu

Infuzní terapie začíná dávkou 240 ml/h

Pokud je krvácení pod kontrolou a lochia jsou minimální, sniž dávkování o 40 ml každých 30 minut.

Postup:

- zjisti, zda pacientka netrpí vážnou kardiovaskulární nemocí
- pravidelně a po celou dobu aplikace infuze sleduj zdravotní stav pacientky a fyziologické funkce
- masíruj dělohu a ujisti se, že je dobře retrahovaná
- informuj co nejdříve sloužícího lékaře (viz příloha E)

6.2 Management vaginálního porodu u ženy s obřízkou

Ženská genitální mutilace (ženská obřízka) je jakýkoliv výkon mutilující část nebo celá zevní rodidla (29).

Management ošetrovatelské péče pro provedení decirkumcize u žen při vaginálním porodu (incize části kůže vytvořené obřízkou, která překrývá horní část vestibula)

Cíl: Umožnit zavedení močového katetru, provedení vaginálního vyšetření a vaginálního porodu

Oprávněné osoby: Zkušená porodní asistentka nebo lékař jsou kompetentní provést výkon

Postup:

- udržuj sterilitu během celého výkonu
- připrav pacientku k výkonu a vysvětli jí celý postup
- použij přiložené schéma jako průvodce celým výkonem
- použij ukazovák levé ruky, zaveď jej do introitu směrem k os pubis a zvedni překrývající část kůže směrem vzhůru
- použij sterilní nůžky a stříhni uprostřed v mediální linii, introitus se rozšíří a vchod uretry je odkrytý
- pokud není možné zavést ukazovák, proved' malou incizi u čísla 12 a potom dokonči celou incizi a udělej episiotomii v druhé době porodní pokud je indikována
- po porodu je cirkumcize obnovena, provádí lékař na přání pacientky (incize kůže je sešita k sobě jednotlivými stehy vstřebatelným šicím materiálem)
- pouč a edukuj ženu, jak se starat o suturu (stejně jako o episiotomii) a podej léky tišící bolest (viz příloha F)

6.3 Management při BWR pozitivě rodičky

Plod může být infikován v kterémkoliv stupni těhotenství a může být nakažen v každém stádiu nemoci. U 50% plodů se při narození projeví známky kongenitální syfilis. Syphilis congenita vzniká infekcí plodu nemocné matky placentou. Chybí u ní primární stádium. Dělí se na syphilis congenita recens s generalizovanými projevy a syphilis congenita tarda, jež je obdobou terciární syfilidy získané. Novější třídění z hlediska infekčnosti a terapie dělí získanou příjici na časnou infekční, která zahrnuje I. a II. stádium a období časně latence, a na pozdní neinfekční, což zahrnuje pozdní latenci a terciární stádium (18).

Management ošetrovatelské péče o rodičku se syfilis (infekce způsobená spirochetou Treponema pallidum)

Cíl: Prevence infekce + defektů plodu způsobených onemocněním syfilis

Oprávněné osoby: Porodní asistentka musí zajistit, aby všechny pacientky byly vyšetřeny na infekci syfilis a musí dodržet odpovídající management.

Postup:

- zajisti provedení prvního sérologického screeningu do 28. týdne gravidity a/nebo screening test ve vyšším stupni těhotenství (TPHA, VDRL)
- vyhodnot' výsledek jako negativní nebo pozitivní
- pokud je výsledek pozitivní, referuj lékaři k zajištění léčby (běžně se užívá Penicilin, při alergii na Penicilin je předepisován Erytromycin)
- vysvětlí matce důležitost dodržování terapie
- dodržuj bezpečnostní opatření u porodu
- po porodu vyšetři novorozence a zjišťuj jakékoliv známky kongenitální syfilis jako jsou stigmata (jizvy, léze), sedlovitý nos, lineární jizvy (ragády), ulcerózní defekty kolem úst, nosních dírek a řitního otvoru
- zajisti sérologické vyšetření novorozence, pokud je výsledek pozitivní lékař předepisuje Penicilin, který se podává 10 dní

- pokud jsou léze infekční, probíhá léčba antibiotiky a novorozenec je v izolaci po dobu 48 hodin
- pouč a edukuj matku, že test na VDRL titr je nutno udělat 3 a 6 měsíců po porodu k vyloučení přítomnosti infekce (viz příloha G)

6.4 Management preeklampsie

Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity (23).

Management ošetrovatelské péče u ženy s preeklampií (hypertenze + proteinurie po 20. týdnu gravidity)

(Střední – zvýšený TK, diastolický nad 90 mm Hg, měřen v klidu 2x po 4 hod.)

(Těžká – TK nad 170/110 mm Hg)

Cíl: Zajistit vhodnou péči k minimalizaci obtíží, zlepšit zdravotní stav pacientky a předejít eklampsii

Oprávněné osoby: Porodní asistentka dodrží speciální management a tím zabrání zhoršení zdravotního stavu pacientky

Postup:

- Rozpoznej ženu s rizikem a získej důležitou anamnézu

Mladá primigravida	Věk nad 35 let
Hypertenze	Hydatiformní mola
Vícečetné těhotenství	Onemocnění matky
Renální onemocnění	

- Rozpoznej známky a příznaky preeklampsie a eklampsie

TK diastola nad 90 mm Hg, 160/110	Proteinurie
Edémy s rychlým přírůstkem váhy	Cefalea
Poruchy vidění	Mdloby, závratě
Fotofobie	Bolest v epigastriu
Oligurie méně než 30 ml/h	Nevolnost a zvracení
Zhoršení stavu plodu	Otupělost, zmatenost

Vykonej okamžitě odpovídající ošetrovatelský management:

- zajisti léčebné prostředky
- ujisti se, že je v pokoji pacientky připraveno resuscitační vybavení, přístroje, materiál a léky

- pouč pacientku o nutnosti dodržovat klid na lůžku
- zajisti dietu bohatou na proteiny, vlákniny a vitamíny, pokud nedodrží nic per os
- sleduj přírůstek váhy dle ordinace (denně, týdně)
- monitoruj TK (vsedě, vleže, na levém boku) podle zdravotního stavu pacientky, pokud nerodí TK á ½ hodiny – 4 hodiny, při porodu á ½ hodiny nebo dle potřeby
- pokud je pacientce aplikována léčba Magnesiumem sulfatem v infuzi, kontroluj TK á 5 minut do stabilizace, poté každých 15 – 30 minut
- udělej denně orientační zkoušku moče na přítomnost proteinu, odešli do laboratoře vzorek moče za 24 hodin k vyšetření funkce ledvin
- prováděj denně zevní vyšetření a informuj lékaře o jakémkoliv příznaku zvýšené bolestivosti, citlivosti nebo bolesti ve fundu děložním u pacientky
- zajisti provedení prenatálních zhodnocení plodu jako je biofyzikální profil, záznam pohybů plodu, CTG, ultrazvukové vyšetření o růstu plodu, množství plodové vody, pohybech plodu i dýchacích a flowmetrii
- zajisti předepsání léčby a sleduj účinnost léčby a případné vedlejší účinky obezřetně
- Zajisti provedení následujících vyšetření a informuj lékaře

KO + diferenciál	Denně nebo dle potřeby
Urea, kyselina močová, elektrolyty	Denně nebo dle potřeby
Hemokoagulační vyš., PT, PTT, INR	Denně nebo dle potřeby
LDH	Denně
Jaterní enzymy (transaminázy)	Denně
Magnesium (při infuzní léčbě)	Každé 4 hodiny

Farmaceutický management:

- Podávej předepsanou léčbu, sleduj účinnost léčby a případné vedlejší účinky
- Všímej si vedlejších účinků léků a informuj lékaře

Nevolnost a zvracení	Mdloby a malátnost
Cefalea a poruchy vidění	Pocity horka nebo pálení
Hypotenze	Bolest v místě aplikace infuze
Respirační a srdeční zástavy	

Léčba a doporučené dávkování:

Antihypertenziva

Methyldopa - 500 mg p.o. dvakrát denně, nesmí přesáhnout dávku 2 g za 24 hodin

Nifedipine - 10 mg sublinguálně (možno znovu opakovat za 30 minut), léčebná dávka je 10 - 20 mg po 4 - 6 hodinách

Hydralazine - 5 - 10 mg intravenózně aplikovat pomalu asi 10 minut

40 mg Hydralazinu do 500 ml Ringrova nebo fyziologického roztoku infuzi aplikovat pomalu přes infuzní pumpu

Začíná se dávkou 30 ml/h, dále se titrace zvyšuje po 15 - 30 min do stabilizace TK

Nastavení infuzní pumpy (ml/h)	Dávkování (mg/min)
30 ml/h	0,5 mg/min
45 ml/h	0,75 mg/min
60 ml/h	1,0 mg/min
75 ml/h	1.25 mg/min
90 ml/h	1.5 mg/min
105 ml/h	1.75 mg/min
120 ml/h	2.0 mg/min

Betablokátory – například Atenolol

Antitrombotika

Aspirin – 81 mg denně

Heparin

- iniciální dávka je 5000 IU (80 IU na kg váhy pacienta)
- udržovací dávka je 18 IU na kilogram za hodinu

Magnesium sulphate

- iniciální dávka je 4 g v 50 ml fyziologického roztoku, aplikovat pomalu 30 minut
- udržovací dávka (připravena v lékárně) je 2 g/h (40 g Magnesium sulphate v 1000 ml fyziologického roztoku, rychlost infuzní pumpy je nastavena na 50 ml/h)

Vykonej následující:

- kontroluj hodnotu magnesia v krvi pacientky za 1 hodinu od začátku aplikace udržovací dávky a dále každé 4 hodiny
- odebírej vzorek krve na vyšetření magnesia z jiné končetiny, než do které je aplikována léčba (infuze s Magnesium sulphatem)

Hodnota magnesia v krvi	Vyhodnocení
1.8 mg (0,75 – 1,25 mmol)	V normě
4 - 8 mg (1,65 - 3,3 mmol)	Terapeutická profylaxe křečí
10 – 12 mg (4,2 – 4,9 mmol)	Ztráta patelárního reflexu
12 – 15 mg (4,9 – 6,2 mmol)	Respirační poruchy
15 mg a více (6,2 mmol a více)	Srdeční zástava

Antidotum při předávkování Magnesium sulphate je Calcium gluconicum (1 g v 10 ml fyziologického roztoku

- podávej pomalu intravenózně po dobu 3 minut (viz příloha H)

6.5 Management preeklampsie při porodu

Management ošetrovatelské péče u ženy s preeklampsií při porodu

První doba porodní:

- monitoruj vitální funkce, T, TK, P, dýchání každou ½ hodinu, jestliže je pacientce aplikována infuze s Magnesiem sulphate, kontroluj TK po 5 minutách do stabilizace a poté každých 15 minut
- monitoruj saturaci kyslíku v krvi matky k vyloučení hypoxie rodičky
- udržuj vyváženost příjmu roztoků, předejdi velkému zavodnění organismu rodičky, plicnímu edému, respiračním potížím
- zaznamenávej příjem a výdej tekutin
- měř výdej moče každou hodinu (více než 30 ml moče za hodinu – funkce ledvin je v normě)
- testuj moč každé 4 hodiny na přítomnost proteinu, ketolátek a glukózy
- zahaj léčbu antihypertenzivy, pokud jsou ordinovány, sleduj účinnost léčby
- zahaj léčbu ke zvýšení plasmového objemu dle ordinace (haemacel, gelofusine) a sleduj zmenšení otoků
- zajisti podání léků tišících bolest, epidurální analgezie je vhodná, proved' hemokoagulační vyšetření krve rodičky a vyšetření trombocytů (hodnota musí být vyšší než $100 \times 10^9/l$) před aplikací epidurální analgezie
- zajisti kontinuální CTG plodu a zaznamenej jakoukoliv odchylku
- informuj lékaře
- podej antidotum při předávkování Magnesiem sulphate, pokud je třeba

Druhá doba porodní (má trvat krátkou dobu):

- informuj pediatra a porodníka
- porod je veden v závislosti na zdravotním stavu rodičky a plodu, spontánní vaginální porod vede porodní asistentka, operativní porod a císařský řez provádí lékař
- monitoruj plod kontinuálně během druhé doby porodní
- kontroluj vitální funkce matky dle potřeby

Třetí doba porodní:

- podej injekčně Syntocinon 5 IU intramuskulárně nebo intravenózně
- sleduj zavínování dělohy a intenzitu krvácení (dle potřeby použij odpovídající management poporodního krvácení)

Poporodní péče:

- pokračuj ve specializované péči o rodičku a kontrole vitálních funkcí nejméně další 4 hodiny nebo déle (dle zdravotního stavu ženy)
- zajisti odpovídající péči a management pro novorozence
- zaznamenávej vše do dokumentace dle protokolu (viz příloha CH)

6.6 Management eklampsie

Eklampsie je záchvat tonicko – klonických křečí, navazujících na předchozí těžkou nebo superponovanou preeklampsii a nemajících příčinu v jiné mozkové patologii (23).

Management ošetrovatelské péče u ženy s eklampsii (cerebrální edém způsobený preeklampsii)

Cíl: Záchrana života matky a kompenzace jejího stavu, zdraví plodu je druhořadé

Oprávněné osoby: Porodní asistentka nebo všeobecná sestra musí být ostražitá a všimnout si příznaků eklampsie a dodržovat odpovídající management

Postup:

- přesně zhodnot' zdravotní stav pacientky a všechny příznaky eklamptického záchvatu
- zůstaň s pacientkou
- přivolej lékařskou pomoc
- udržuj průchodnost dýchacích cest
- polohuj pacientku do zvýšené polohy nebo na bok k usnadnění odtoku slin a zvratků
- podej kyslíkovou léčbu a monitoruj saturaci kyslíku v krvi ženy k odvrácení hypoxie
- zabraň poranění rodičky
- monitoruj plod
- pokračuj v zavedené léčbě Magnesium sulphate, Hydralazinem
- vykonávej léčbu podle ordinace, např. Diazepam intravenózně
- zhodnot' známky porodu a případné odlučování placenty

- monitoruj TK každých 5 minut
- připrav rodičku k porodu – císařskému řezu
- všímej si komplikací u matky, komplikace CNS - angiospasmus, plicní edém, hypovolemie, trombocytopenie, DIC, krvácení, renální komplikace - oligurie, ischemie a poškození ledvin, neurologické komplikace – cerebrální edém, cerebrální krvácení, komplikace jater – hepatocelulární poškození, subkapsulární hematom, ruptura jater
- zjisti komplikace u plodu – abrupce placenty, IUGR, hypoxie, intrauterinní úmrtí plodu
- po porodu pokračuj ve specializované péči
- zaznamenávej vše do dokumentace dle protokolu (viz příloha I)

6.7 Specifika a komplikace ošetrovatelské péče způsobené kulturními odlišnostmi

Porodní asistence a ošetrovatelská péče v Saúdské Arábii, stejně tak, jako všechny jiné oblasti nejen ve zdravotnictví, je ovlivňována kulturou a hlavně náboženstvím. Zdravotničtí pracovníci si musí na tuto skutečnost co nejrychleji zvyknout a akceptovat ji.

Během svatého měsíce Ramadánu muslimové nesmí přes den jíst ani pít. Na těhotné ženy se tento zákon nevztahuje, nicméně některé těhotné chtějí dokázat, že jsou opravdu dobrými muslimkami a postí se též. Výsledkem jsou návštěvy příjmového porodnického oddělení, těhotné ženy přichází dehydrované, hypotenzní a záznam plodu na CTG je silentní. Porodní asistentka ženu intravenózně zavodní a podá infuzní energetickou léčbu. Jakákoliv osvěta a vysvětlování se mívá účinkem, neboť za nějaký čas se situace opakuje.

Saúdské ženy se velmi starají o blaho svých mužů. Tercipary, kvartipary a další multipary tvrdě vyžadují nástřih hráze, protože muž není se sexuálním životem spokojen, neboť svaly a tkáň pochvy jsou po mnoha porodech povolenejší a ženy mají pocit, že episiotomií a následnou suturou se vchod poševní zmenší. Mají strach, že pokud nebude vše, tak jak si přejí, manžel je opustí nebo si najde další manželku, což je v důsledku totéž. Některé dokonce podstupují *perineoplasty*, kdy je z perinea vytnuta část tkáň ve tvaru V a provedena sutura, tím se poševní vchod zmenší. Je to bolestivý zákrok a nepříjemné pocity přetrvávají dlouhou dobu, nicméně manžel je spokojen. Při dalším porodu je perineum tenké jako papír a snadno se vytvoří dlouhá ruptura hráze. Pokud se včas neprovede preventivní vydatná episiotomie, hrozí hluboká ruptura, která může poškodit svaly sfinkteru.

Dalším příkladem oddanosti manželovi je případ těhotné ženy, která byla hospitalizována s dg. placenta praevia. Tato dg. je vzhledem k mnoha těhotenstvím u saúdských žen častá. Manžel opakovaně vyžadoval propuštění své ženy do domácího ošetřování, až se tato žena vrátila se silným krvácením po coitu, plod byl vybaven císařským řezem, ale nepřežil. Saúdstí lékaři celou causu uzavřeli tím, že manžel má právo se rozhodnout, jak naloží se svou manželkou. Není to ojedinělý případ, neznalost nebo nezodpovědný přístup mužů ke svým těhotným ženám často zapříčiní porodnické komplikace.

Hlavní úlohou ženy je podle Koránu vstoupit do manželství, plodit a rodit děti. Žena, která nesplní své poslání je považována za méněcennou a mužem je zavrhována. V Saúdské Arábii je proto program IVF na velmi vysoké úrovni. Ale saúdští lékaři jsou často nesoudní, neboť provádějí umělé oplodnění až šesti vajíček a všechny implantují zpět do dělohy. Redukce vajíček se neprovádí, je to porušení náboženských zákonů. Ženy zpravidla donosí těhotenství do 20. – 22. týdne těhotenství a pak spontánně potrácejí poměrně velké plody, které by v případě nižší četnosti těhotenství měly velkou šanci na donošení a přežití. Výjimkou nejsou ženy kolem 18 let, které se již léčí na klinikách zabývajících se léčbou neplodnosti.

Ženu nesmí podle Koránu vyšetřit nebo ošetřit muž – lékař, pokud k tomu nedá manžel výslovný souhlas. V naléhavých případech, kdy hrozila hypoxie plodu, musely ženy nejdříve volat mobilem svému manželovi, aby získaly svolení. Někdy s neoblomným manželem hovořili postupně všichni lékaři a vysvětlovali nutnost zásahu do porodu, který už nebyl v kompetenci porodní asistentky. Většinou se podařilo souhlas získat, ojediněle musela být volána lékařka, která sice nesloužila, ale bydlela v areálu nemocnice.

Někdy se vyskytl problém s ženami samotnými, které odmítaly podepsat svolení k akutnímu císařskému řezu. Rodičky nechtěly rodit císařským řezem, neboť se obávaly, že nebudou moci mít tolik dětí, kolik si jich manžel přeje. I když nebylo výjimkou, že žena měla v anamnéze již pět i šest císařských řezů.

Beduínské ženy využívaly tradiční lidové prostředky k vyvolání porodu. Matky nebo babičky rodiček vařily zvláštní nápoj tzv. *gyrfa*, jejímž základem byla skořice. Přesný recept pro přípravu tohoto nápoje nebylo možné získat vzhledem k jazykové bariéře. *Gyrfa* vyvolávala velmi silné a velmi bolestivé kontrakce. Pokud byl porodnický nález cervixu připraven k porodu, žena většinou porodila překotně a byly zaznamenány i známky částečné abrupce placenty. U nepřipravených porodních nálezů na hrdle děložním se rodičkám aplikovaly medikamenty proti bolesti, většinou *Pethidine* a *Phenergan* a kontrakce ustaly.

V Saúdské Arábii žije mnoho súdánských žen, které mají tradiční ženskou obřízku různého typu. Často stejný typ mutilace genitálu vypadá na zevních rodidlech jinak. Porodní asistentka, která nikdy předtím ženskou obřízku neviděla, se musí pečlivě

seznámit s anatómií zevních rodidel a zorientovat se v této oblasti, aby rodičku ochránila před možnými komplikacemi. Podle studie provedené WHO v Saúdské Arábii jsou nejčastější komplikace ženské obřízky při porodu protrahovaná druhá doba porodní, zvýšený výskyt hypoxie u plodu v druhé době porodní a zvýšená intenzita krvácení při porodu (6).

7 Návrhy a doporučení pro praxi

Tato práce by měla sloužit k rozšíření vědomostí a poznatků v multikulturním ošetrovatelství. Mohou z ní čerpat nejen studentky zdravotních škol, ale také pedagogové, kteří vyučují multikulturní ošetrovatelství. V textu jsou zdůrazněny a popsány odlišnosti a specifika jiné kultury, jež je možno využít v ošetrovatelské péči o jedince muslimské komunity. Tím je práce vhodná pro sestry a především porodní asistentky v praxi. Zdravotnickým pracovníkům by měla práce napomoci pochopit psychiku, způsob života, chování, ale i obrovský vliv náboženství na život muslimů. Stejně tak by měla přispět k rozvoji tolerance a pochopení lidí jiné kultury. Práce je zaměřena na porodní asistenci a rozdílné přístupy saúdských žen k těhotenství a porodu. Proto by měla být opěrným a pomocným materiálem pro vedoucí nelékařské pracovníky gynekologicko – porodnických pracovišť k vytvoření ošetrovatelských standardů porodu a poporodní péče pro muslimské rodičky. Také výše popsané managementy mohou být dobrým vodítkem k vytvoření nebo doplnění ošetrovatelských standardů.

V neposlední řadě může tato práce přispět k rozšíření vědomostí sester a porodních asistentek, které se rozhodly odjet a pracovat v muslimských zemích. Poznatky by bylo vhodné využít i v přednáškách a lekcích multikulturního ošetrovatelství v rámci programu celoživotního vzdělávání sester a porodních asistentek.

Závěr

Multikulturní ošetřovatelství je u nás stále mladá kapitola ošetřovatelství, kterou je třeba rozvíjet a doplňovat. Každý nový a ověřený poznatek je důležitý a rozšiřuje pohled na cizí kulturu. Pomáhá proniknout do menšinových komunit a pochopit způsob jejich života, zvyky a potřeby.

Na začátku bakalářské práce popisuji ve stručnosti Islám, aby byla patrna síla tohoto náboženství a jeho velký dopad na život muslimů. Dále popisuji složité postavení žen v arabské společnosti, které je dáno tradicemi a náboženstvím. Věnuji se také většině oblastí běžného života muslimů jako jsou sociální vztahy a vazby, vzdělání a pracovní aktivity.

V další části je nastíněna anabáze mého odjezdu a popis nemocnice, ve které jsem působila, včetně orientace a vzdělávacích programů.

Hlavní tématem práce je porodní asistence, kterou jsem se snažila co nejdříve popsat a vyzdvihnout nejdůležitější poznatky z oboru. Výčtem kompetencí a činností porodních asistentek jsem chtěla přiblížit čtenářům porodní asistenci v zemi, která je nám vzdálená nejen tím, že leží na jiném kontinentu, ale hlavně svou naprosto odlišnou kulturou.

K vypracování bakalářské práce jsem informace čerpala z dostupné literatury, ale i v tomto směru jsem si vybírala pečlivě jen ty zdroje, které byly pravdivé a shodovaly se s mými poznatky z pobytu v Saúdské Arábii. V části o porodní asistenci jsem vycházela pouze ze svých vědomostí a zkušeností nabytých několikaletým pracovním kontraktem ve zdravotnickém zařízení a činností porodní asistentky v této zemi.

Svou práci jsem chtěla přiblížit náplň práce porodní asistentky v jiné kultuře a nezbytnost odlišného přístupu zdravotnického personálu k muslimským pacientkám při porodu. Může se stát i důležitým průvodcem a pomocníkem pro sestry a porodní asistentky, které se rozhodly nebo uvažují o práci v nemocnicích v Saúdské Arábii.

Věřím, že tato bakalářská práce přispěje k rozšíření pohledu na multikulturní ošetřovatelství a to se pozitivně projeví na kvalitě poskytované ošetřovatelské péče muslimským pacientům, zvláště těhotným ženám a rodičkám.

Seznam použité literatury

1. AMNESTY INTERNATIONAL. 2000. *Sharp increase in executions and amputations*. [online]. [cit. 2009-1-12]. Dostupné z: <<http://www.amnesty.org/en/library/info/MDE23/039/2000/en>>.
2. ČECH, E. aj. 2006. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
3. EUROSTAFF s.r.o. 2008. *Informace o pobytu v zahraničí*. [online]. [cit. 2010-1-12]. Dostupné z: <www.eurostaff.cz>.
4. FACEY, W. 2003. *The Kingdom of Saudi Arabia*. U.A.E. : Oriental Press, 2003. ISBN 0-905743-67-9.
5. FARKAŠOVÁ, D. aj. 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Ze slov. orig. přel. Valérie Tóthová. Martin : Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
6. *Female genital mutilation*. 1998. Geneva : World Health Organisation, 1998. ISBN 92 4 156191 2.
7. FROUZOVÁ, M. 2006. *Závoj a džíny*. Praha : Vyšehrad, 2006. ISBN 80-7021-840- 1.
8. G5 PLUS. 2008. *Nabídka programů*. [online]. [cit. 2010-1-12]. Dostupné z: <www.g5plus.com>.
9. HAERI, S. F. 1997. *Základy islámu*. Z angl. orig. přel. Kateřina Ferencčíková. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-212-1.
10. HÁJEK, Z. aj. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
11. HENDERSON, CH.; MACDONALD, S.; TRINDAL, B. 2004. *Mayes' Midwifery*. China : Baillière Tindall, 2004. ISBN 0-7020-2616-6.
12. *Historie Saúdské Arábie*. [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <<http://www.hedvabnastezka.cz/zeme/saudska-arabie-1/asie-saudska-arabie-historie>>.
13. HORŇÁKOVÁ, A. 2008. Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 9, s. 23. ISSN 1214-7664.
14. HOUSER, P. 2007. *Počátky vzestupu Arabského poloostrova*. [online]. [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <<http://scienceworld.cz/historie/pocatky-vzestupu-arabskeho-poloostrova-954>>.

15. IBRAHIM, I. A. 2003. *Stručný průvodce k porozumění Islámu*. Z arab. orig. přel. Islámská nadace v Praze. Praha : Núr, 2003. ISBN 80-903196-1-0.
16. *Šaría – manželství*. [online]. [cit. 2010-2-4]. Dostupné z: <<http://info.pravdaoislamu.cz/index.php/2007/05/30/saria-manzelstvi/>>.
17. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
18. JIRÁSKOVÁ, M. 2003. *Dermatovenerologie*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
19. *Korán*. 2000. Z arab. orig. přel. Ivan Hrbek. Brno : Centa, 2000. ISBN 80-200-0246-4.
20. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo : koncepcia, ošetrovateľský proces a prax*. Z angl. orig. přel. Tibor Baška. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
21. KŘIVÁNKOVÁ, M. 2008. Multikulturní ošetrovatelství a zahraniční zkušenosti sester a porodních asistentek. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 3, s. 19. ISSN 1210-0404.
22. MENDEL, M. 2004. Existuje vůbec islámský svět. *Nový Orient*, 2004, roč. 59, č. 1, s. 4-7. ISSN 0029-5302.
23. MĚCHUROVÁ, A. 2004. Preeklampsie. In HÁJEK, Z. aj. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada Publishing, 2004, s. 95. ISBN 80-247-0418-8.
24. MINISTRY of health of Saudi Arabia. *Health Statistical Year Book*. [online]. [cit. 2009-12-12]. Dostupné z: <<http://www.moh.gov.sa/statistics/s2008/chapter2.pdf>>.
25. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I 2009. *Skripta ke tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
26. *NICE guidelines. Publisher to improve women's experience of labour*. [online]. [cit. 2009-10-19]. Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/2007051_Press_ReleaseIPC.pdf>.
27. PAŘÍZEK, A. aj. 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-969-1.
28. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

29. PESCHOUT, R. 2004. Genitální mutilace u žen. *Praktická gynekologie*, 2004, roč. 8, č. 1, s. 19-21. ISSN 1211-6645.
30. POHLOVÁ, A. 2009. Informovanost sester v péči o zahraniční klienty. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 4, s. 25. ISSN 1210-0404.
31. *Pojem náboženství*. [online]. [cit. 2010-2-6]. Dostupné z: <<http://www.islamweb.cz/elknihovna/zni/nabozenstvi.htm>>.
32. PRAŽÁK, R. 2010. *Vyprávění zdravotní sestřičky z působení v Saúdské Arabii*. [online]. [cit. 2010-2-26]. Dostupné z: <<http://www.eurabia.cz/Articles/3998-vypraveni-zdravotni-sestricky-z-pusobeni-v-saudske-arabii.aspx>>.
33. *King Saud University*. [online]. [cit. 2010-3-2]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/King_Saud_University>.
34. *Saúdská Arábie*. [online]. [cit. 2009-10-12]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAAdsk%C3%A1_Ar%C3%A1bie>.
35. *Riyadh Armed Forces hospital*. [online]. [cit. 2010-3-3]. Dostupné z: <<http://www.ihrCanada.com/hospital/saudi/rafh.htm>>.
36. RYŠLINKOVÁ, M. 2009. *Česká sestra v arabském světě*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2856-8.
37. SCHULZE, R. 2007. *Dějiny islámského světa ve 20. století*. Z angl. orig. přel. Vladimír Petkevič. Brno : Atlantis, 2007. ISBN 978-80-7108-284-2.
38. SPENCER, R. 2006. *Islám bez závoje*. Z angl. orig. přel. Petr Buksa. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-761-5.
39. ŠPIRUDOVÁ, L. aj. 2002. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. [online]. [cit. 2010-02-02]. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf>.
40. ŠPIRUDOVÁ, L. aj. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
41. TAYER, O. H. 2000. *Saudi Arabia*. Dubai : Motivate Publishing, 2000. ISBN 1 873544 67 7.
42. *Multikulturní ošetrovatelství*. 2009. [online]. [cit. 2009-12-10]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Multikulturn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD>.

43. ZACHAROVÁ, E. 2009. Specifika komunikace s etnickými skupinami v ošetrovatelské péči. *Zdravotnické noviny*, 2009, roč. 58, č. 49, s. 30. ISSN 1214-7664.
44. ZHARFBIN, A. 2008. *Lékařem v Saúdské Arábii*. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-556-7.

Seznam příloh

Příloha A	Profesní dotazník	I
Příloha B	Orientace	III
Příloha C	Certifikáty programu celoživotního vzdělávání	VI
Příloha D	Certifikát ze sympózia	VIII
Příloha E	Management poporodního krvácení	IX
Příloha F	Management vaginálního porodu u žen s obřízkou	X
Příloha G	Management porodu u žen s pozitivní BWR	XI
Příloha H	Management preeklampsie	XII
Příloha I	Management preeklampsie u porodu	XV
Příloha J	Management Eklampsie	XVI
Příloha K	Práva pacientů	XVIII
Příloha L	Fotografie	XX

Příloha A Profesionální dotazník

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL AND RESEARCH CENTRE

NORMAL NEWBORN/ANTEPARTUM/POSTPARTUM SKILLS CHECKLIST

NAME OF APPLICANT: _____ DATE: _____

<p>HOW TO COMPLETE THIS FORM:</p> <p>A thorough evaluation of your skill level in various specialty areas will enable us to locate assignments that are suitable to your skills and the needs of our patients. Please place an "X" in the box that most accurately describes your level of expertise for the skills listed.</p>	<p>LEVELS OF PROFICIENCY:</p> <p>A = Perform Well (at least one year of current experience, very comfortable performing without supervision) B = Limited Experience (6-12 months, within the past two years) C = Perform Infrequently (less than three months of experience) D = No Experience (willing to learn)</p>
--	---

SKILL	A	B	C	D	COMMENTS (IF ANY)
GENERAL NURSING					
Adult Physical Assessment					
Neonatal Physical Assessment					
Nursing Process					
Care Plans					
Patient/Family Teaching					
Discharge Planning					
ANTENATAL TESTING					
Electronic fetal monitoring skills/interpretation					
Validation of Electronic fetal monitoring skills					
Course work completed (provide documentation):					
Level I (Basic fetal monitoring)					
Level II (Advanced fetal monitoring)					
Non-stress test # times/week					
Amniocentesis (assist with)					
Biophysical profile					
HIGH-RISK EXPERIENCE					
Care of patient with Rh Isoimmunization					
Fetal blood sampling (assist with)					
Percutaneous umbilical blood sampling (PUBS) (assist with)					
Hemodynamic monitoring:					
non-invasive					
invasive					
CARDIAC DISORDERS - CARE OF PATIENTS WITH					
Congestive heart failure (CHF)					
Cardiomyopathy					
Cyanotic cardiac disease					
Structural/Congenital defects					
Rheumatic Heart disease					

SKILL	A	B	C	D	COMMENTS (IF ANY)
Previous cardiac surgery					
Arrhythmias					
DVT (Deep vein thrombosis)					
PE (Pulmonary embolism)					
RENAL/HEPATIC - CARE OF PATIENTS WITH					
Chronic renal failure					
Acute renal failure					
Previous renal transplant					
Hepatitis					
Liver failure					
RESPIRATORY - CARE OF PATIENTS WITH					
Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS)					
Pneumonia					
Asthma					
DIABETES MELLITUS					
Blood sugar control					
Glucose monitoring/insulin administration for home control					
Diabetic ketoacidosis					
OTHER - CARE OF PATIENTS WITH					
Pregnancy induced hypertension (PIH)					
Severe PIH/ECLAMPSIA					
HELLP Syndrome (Hemolysis elevated liver enzymes & low platelets)					
Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)					
Sickle cell disease					
Sickle cell crisis					
Cancer					
Chemotherapy administration					
Seizure/neurologic disorders					
Infectious diseases					
Septic shock					
Puerperal infection					
Antenatal hemorrhage					
Placenta Previa					
Placenta Abrutio					
Placenta percreta					
Postnatal hemorrhage					
Hypovolemic shock					
Immune disorders:					
Systemic Lupus Erythematosus (SLE)					
Collage disorders					
Hematologic					
POST OPERATIVE CARE					
Cesarean section					

Skills Checklist Disk

C:\WINDOWS\Temporary Internet Files\Content.IE5\CY77602R\OBGYNE_KESH[D].doc/mi

August 1998

Page 2 of 2



HOSPITAL INFORMATION.

Contents
Hospital Mission and Vision and Values
Patient's Rights and Responsibilities
Hospital Communication Information

DAY 3- 11 JANUARY 2010 - MONDAY

TIME	TOPIC	INSTRUCTOR
0800 - 0830	e-OVR (OCCURRENCE VARIANCE REPORT)	Darwin Ahmad QM Technician
0840 - 0940	BASIC PHYSICAL ASSESSMENT	Ms. Carmelyn R. Cortes Clinical Instructor
0940 - 1000	BREAK	
1000 - 1100	ASEPTIC TECHNIQUE	Ms. Lourdes R. Doromal Clinical Instructor
1100 - 1200	PAIN MANAGEMENT	Ms. Wendy Whyte Assistant Director of Nursing
1200 - 1300	LUNCH BREAK & PRAYER	
1300 - 1330	CULTURAL DIVERSITIES	Ms. Diane Whittier Nurse Clinician
1330 - 1400	SECURITY & SAFETY PROCEDURES	Hrg. Mohammed Salamah Manager, Security & Safety
1400 - 1430	RESPIRATORY CARE	Respiratory Therapist
1430 - 1530	CPR REVIEW	Ms. Mildred A. Afjerez Clinical Instructor
1530 - 1545	BREAK	
1545 - 1645	PYXIS	Ms. Habibah Shaari Nursing Supervisor

DAY 4- 12 JANUARY 2010 - TUESDAY

TIME	TOPIC	INSTRUCTOR
0800 - 0830	EMPLOYEE HEALTH	Ms. Nellie Arriolla Employee Health Clinic Nurse
0830 - 0900	BREAK	
0900 - 1100	COMPUTER CLASS	Mr. Mohammad Al Nasser Nursing IT Coordinator
1100 - 1200	SKILLS LAB	Clinical Instructors
1200 - 1300	LUNCH BREAK & PRAYER	
1300 - 1500	SKILLS LAB	Clinical Instructors

DAY 5- 13 JANUARY 2010 - WEDNESDAY

TIME	TOPIC	INSTRUCTOR
0800 - 1500	CPR DAY	NEU Clinical Instructors

DAY 6- 16 JANUARY 2010 - SATURDAY

TIME	TOPIC	INSTRUCTOR
0900 - 1030	MEDICATION EXAM	NEU Clinical Instructors

Ref.: NOP PROGRAM
MAA (28 December 2009)

SECURITY FORCES HOSPITAL PROGRAM
Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

ACADEMIC AFFAIRS & HEALTH EDUCATION DEPARTMENT
Clinical Skills Lab Training Center – Nursing Education Division

NURSING ORIENTATION PROGRAM

DAY 1 – 09 JANUARY 2010 - SATURDAY

TIME	TOPIC	SPEAKERS
0800 – 0845	CUSTOMER SERVICE / CULTURE / PATIENT'S RIGHTS	Ms. Heba S. Wang Nursing Education Coordinator
0845 – 0900	BREAK	
0900- 1000	MEDICATION ADMINISTRATION	Ms. Inam R. Wasfy Clinical Instructor
1000 – 1100	WELCOME ADDRESS	Ms. Patricia Ann Wood Director of Nursing
1100 – 1200	DIABETIC TEACHING	Ms. Awatef Suwailem Diabetic Nurse Teacher
1200 – 1300	LUNCH BREAK & PRAYER	
1300 – 1400	MOVING & LIFTING SAFELY HANDLING TECHNIQUE	Dr. Khalid Al-Zahrani Director, Physiotherapy Dept.
1400 – 1500	LABORATORY RESULTS & COLLECTION	Mr. Falgur GepuUuno Senior Medical Technologist
1500 – 1515	BREAK	
1515 – 1545	RESTRAINT & BLOOD TRANSFUSION	Ms. Heba S. Wang Nursing Education Coordinator
1545 -1610	HUMAN RESOURCES	Mr. Ahmed Al-Hawash Employee Relations Manager
1610 – 1700	HOSPITAL TOUR	Clinical Instructor

DAY 2 – 10 JANUARY 2010 - SUNDAY

TIME	TOPIC	SPEAKERS
0800 – 0900	MEDICATION REVIEW I	Ms. Inam R. Wasfy Clinical Instructor
0900 – 0945	NARCOTIC AND CONTROLLED DRUGS	Dr. Mohammad Al-Ezzi – Narcotic & Stock Controlled Drugs Supervisor
0945 – 1000	BREAK	
1000 -1030	DISASTER DRILL	Lim Li Li – Clinical Development Nurse – Emergency Dept.
1030 -1100	ROP's (Staff and Patient Safety)	Lourdes B. Doromal Clinical Instructor
1100 – 1130	HOUSING/ HOSPITAL ACCOMMODATION	Madam Salwa Khalifa Supervisor, Day Care Center
1130 – 1300	LUNCH BREAK & PRAYER	
1300 – 1400	PRESSURE ULCERS	Ms. Carmelyn Cortes Clinical Instructors
1400 – 1500	MEDICATION REVIEW II	Ms. Inam R. Wasfy Clinical Instructor
1500 – 1515	BREAK	
1515 – 1545	NURSING DOCUMENTATION	Ms. Mildred A. Alferez Clinical Instructor
1545 – 1700	IV & CENTRAL LINE CARE	Melina R. Wasfy Clinical Instructor

Příloha C Certifikáty programu celoživotního vzdělávání





KINGDOM OF SAUDI ARABIA
MINISTRY OF DEFENCE AND AVIATION
RIYADH AL KHARJ HOSPITAL PROGRAMME
DEPARTMENT OF NURSING


Certificate of Completion


This is to certify that
Eva Bartakova
has successfully completed

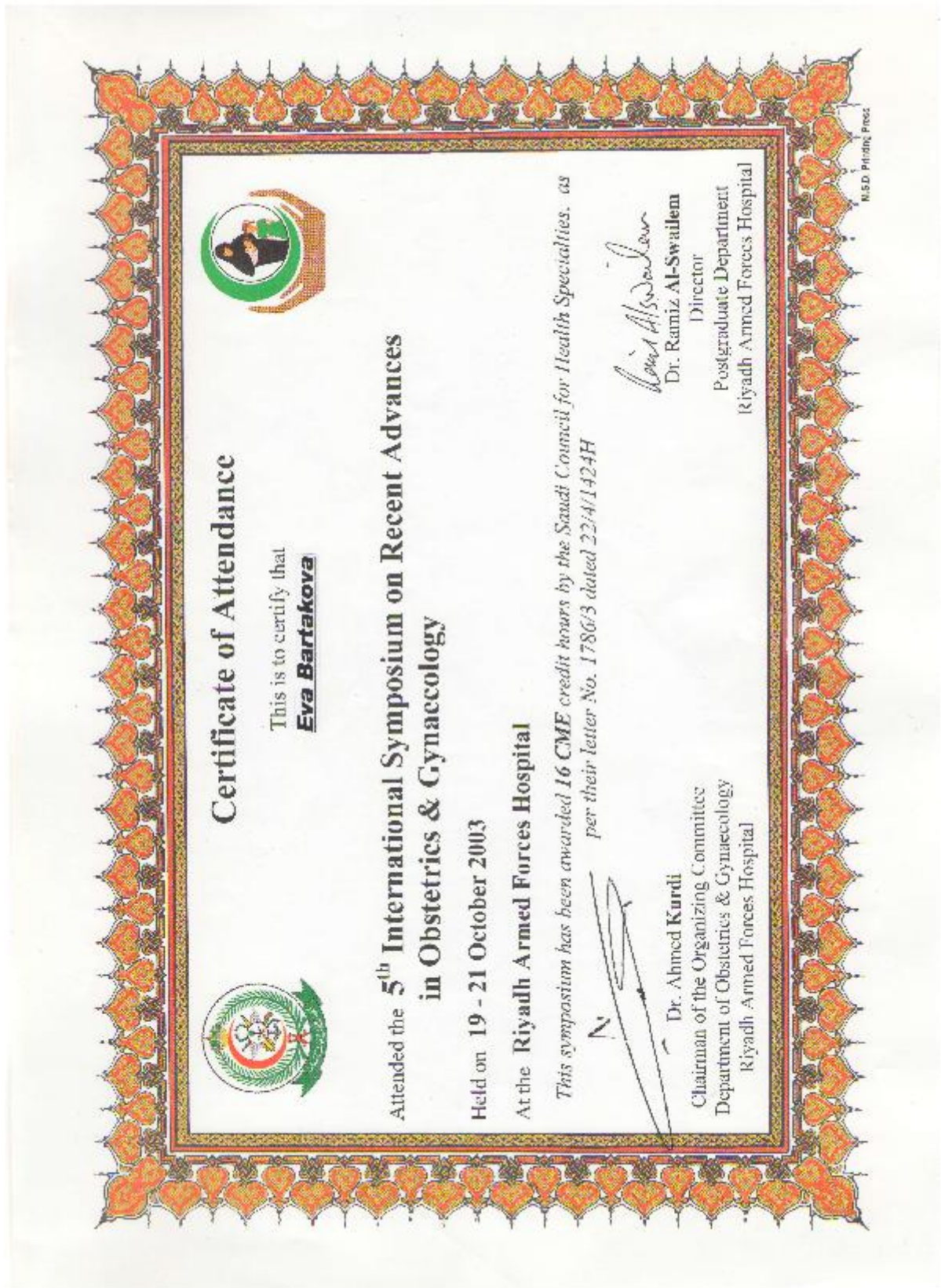
BLS Review

Held on: July 14, 2004

Approved for 0 CCEs by Saudi Council for Health Specialties


Peter Dawson
Course Co-ordinator


Dr. Helen Johnstone
Asst. Director of Nursing Academic Affairs



Příloha E Management poporodního krvácení

Riyadh Al- Kharj Military Hospital Program

Obstetric and Gynae division

Obstetric protocol

Policy no: Standing Order - : S₁

Title :Standing Prescription Policy – **Syntocinon Infusion for PPH.**

In the absence of the doctor, the midwife may administer **Syntocinon infusion** for the obstetric emergency –**PPH**(postpartum haemorrhage), and following instrumental deliveries.

Dosage + Regime

Syntocinon 40 units in 500mls Ringers Lactate solution

Commence at 240 mls /hr

When bleeding is controlled, and lochia minimal,
Tritrate infusion down – by 40 mls every 30 minutes.

NB.

- 1) Ensure the patient does not have severe cardiac disease
- 2) Regular and continuously monitoring of maternal condition, + vital signs
- 3) Rub/ massage the uterus to ensure the uterus is well contracted
- 4) Inform the obstetrician on call immediately

Date : February 2007

Signature of doctor: _____

Prepared by : Theresa Raman

Příloha F Management vaginálního porodu u žen s obřízkou

Riyadh Al – Kharj Hospital Program
Obstetric and Gynae Division
Obstetric Protocol

Policy No.: General Section – D1
Date : February 2007

Title : Female De- Circumcision and Vaginal delivery (The flap of skin which was formed by circumcision, that closes the upper part of the vestibule is cut.)

Purpose : For vaginal delivery, urinary catheterization, and vaginal examinations to be done for a patient in labor.

Competency Statement : The experienced midwife or the doctor may perform the de-circumcision procedure.

Policy :

- Maintain sterile procedure
- Prepare and explain procedure to the patient
- Use the attached diagrams to guide you in this procedure.
- Using the index finger of the left hand, insert it through the introitus , and directed to the pubis
- Raise the flap of skin anteriorly
- Using a sterile scissor, cut in the mid-longitudinal line, the introitus is widened and the urethral opening exposed.
- If the finger cannot be inserted , then make a small incision, at 12 o'clock , then complete the incision.
- Perform episiotomy if indicated, in 2nd stage of labor
- Post delivery the circumcision is redone by the doctor as requested by the patient. (edges of the de-circumcised wound approximated and sutured together, using interrupted stitches of absorbable suture material)
- Provide advice on care of wound, same as the episiotomy.
- Provide pain management.

Prepared by : Theresa Raman C/N – Instructor

Approved by : *Norma T. Raman (GYN)*
APRON - MARRIOTT

Příloha G Management porodu u žen s pozitivní BWR

Riyadh AL-Kharj Military Hospital program
Obstetric and Gynae Division
Obstetric protocol

Policy No.: Obstetrical Condition – S1
Date : February 2007

Title : Management of congenital syphilis (Infection caused by Treponema Pallidum

Purpose :

To prevent infections + fetal defects caused by syphilis

Competency Statement:

The midwife must ensure that all patients are investigated for syphilis infection, and appropriate management taken.

Policy :

- Ensure early serological screening in early pregnancy is done (28 wks) and 1 or 2nd screening test done in late pregnancy (TPHA , VDRL)
- Interpret results as negative or positive .
- If positive , refer to doctor for prescription of treatment. (usually penicillin regime , if allergic to penicillin, then erythromycin is prescribed.
- Provide advice to the mother on her management.
- Take universal precautions in labor and delivery of the mother.
- Post delivery , examine the baby for any positive signs of syphilis. eg. Stigmata (scars, lesions) 'saddleback' depression of the nasal bridge or linear scars (rhagades.) 'resulting from ulcers, around mouth , nares, + anus.
- Dr. may request a long bone x-ray to diagnose metaphysitis.
- Serological tests done on baby, if positive, penicillin prescribed by doctor + given for 10 days.
- If lesions contagious, barrier nursed until antibiotics given for 48hrs.
- Doctor may want to do a lumbar puncture to test for Treponemes.
- Advice mother that VDRL titres need to be done at 3, + 6 moths , to exclude the presence of infection.

Reference :

1. V Ruth Bennett + Linda Brown. Myles Textbook for Midwives (2003)
2. Adele Pillitteri .4th ed. Maternal + Child Health Nursing. (2003) Lippincott.

Prepared by : Theresa Raman C/N

Approved by: *Nehal Tahir*

ADDAH - MASTINIA

Theresa Raman

Příloha H Management preeklampsie

Riyadh Military Hospital Program
Obstetric and Gynae Division
Obstetric Protocol

Policy No: Obstetric Condition
Date : March 2007

Title : Pre – eclampsia (Hypertension + Protein urea) after 20 weeks gestation .
(Mild – raised BP, diastolic above 90 mg hg / x 2 (4 hrs apart) when at rest)
(Severo – BP above 170 / 110 mg hg)

Purpose “

To provide appropriate management, to minimize severity, of the condition, thus preventing eclampsia.

Competency Statement :

The midwife shall provide specialized management, to prevent condition from worsening.

Policy :

1. Identify the women at risk, and obtain relevant history eg.

Young primigravida	Age over 35 years
Existing hypertension	Hydatiform mole
Multiple pregnancy	Maternal disease
Renal disease	

2. Identify the signs and symptoms of pre-eclampsia, and eclampsia

BP diastolic above 90 mg hg / 160 /110	Protein – urea
Edema with rapid weight gain	Headaches
Blurring vision	Dizziness
Photophobia	Epigastric pain
Oligurea, less than 30 ml/hr	Nausea and vomiting
Fetal deterioration	Drowsiness or confusion

3. Provide prompt + appropriate nursing management. Ensure the following
 - ✓ Provide and therapeutic environment
 - ✓ Ensure room is prepared with resuscitation equipment and supplies, drugs
 - ✓ Advise and maintain bed rest
 - ✓ Provide a diet rich in protein , fiber, vitamins, if not nil per mouth
 - ✓ Monitor weight gain as required (daily, weekly)
 - ✓ Monitor BP (sitting, lying, in the left lateral position) , depending on the condition of the patient
 - Not in labor (mild) – ½ hourly – 4 hourly
 - In labor ½ hourly and PRN
 - On magnesium sulphate infusion , every 5 minutes till controlled , then every 15 minutes, or ½ hourly

Test urine daily for protein. Send specimen to laboratory, for 24 hr urine, to determine renal function.

- Perform daily abdominal palpation, refer to Dr. for any discomfort, tenderness, + upper abdominal pain. (? placenta abruption)
- Ensure ante-natal fetal assessment done. (biophysical profile, i.e. Kick chart, CTG, uss -> to assess fetal growth, liquor volume, fetal breathing, movement, doppler studies, to determine, placental blood flow.
- Administer prescribed treatment, + note effect, refer + treat side effects appropriately.

4. Ensure the following **Investigations** are done and referred to doctor.

FBC + platelet count	Daily + PRN
Urea, uric acid, electrolytes	Daily + PRN
Clotting screen, PT, PTT, INR	Daily + PRN
LDH	Daily
Liver enzymes, (Transaminase)	Daily
Magnesium levels,(if on infusion)	4 hrly

5. Pharmacological management

- Administer prescribed treatment, and note effects, and side effects.
- Observe for side effects and refer to Dr.eg.

Nausea and vomiting	Drowsiness and lethargy
Headaches and visual disturbances	Heat / burning sensation
Hypotension	Pain at infusion site
Respiratory + cardiac arrest	

• Treatment + suggested prescription dosage

❖ Anti – hypertensive

- Methyldopa - 500 mg BD, not exceeding 2gm per day
- Nifedipino - 10 mg sublingually (may be repeated after 30 minutes) therapeutic dose – 10 – 20 mg, 4-6 hrly.
- Hydralazine - 5-10 mg iv slowly over 10 minutes or add 40 mg hydralazine in 500mls ringers lactate, or normal saline + Infuse slowly via pump.

Commence at 30 mls/ hr, then titrate at 15- 30 minute intervals until BP stable.

Pump setting (mls/hr)	Dosage (mg /minute)
30 mls/hr	0.5 mg / min
45 mls / hr	0.75 mg / min
60 mls/hr	1.0 mg/min
75 mls / hr	1.25 mg/min
90 mls/hr	1.5 mg/ min
105 mls/hr	1.75 mg /min
120 mls/hr	2.0 mg/min

Beta-blockers
eg Atenolol

❖ Anti-thrombotic agents eg

- Aspirin
- Heparin

- 81 mg daily
- loading dose - 5000 iu (80 iu/kg)
- Maintenance dose - 18 iu/kg/hr

❖ Prophylactic Anti-convulsant

▪ **Magnesium sulphate**

➤ **Loading dose**

4 gms in 50 mls normal saline – infused slowly over 30 minutes

➤ **Maintenance dose** (prepared in pharmacy)

2 gms / hr. (40 gms of magnesium sulphate in 1000 mls normal saline.
Infuse at a rate of 50 mls / hr.)

➤ **NB.** Check magnesium levels after 1 hr. of maintenance dose, then every 4 hrs. (therapeutic range is 2-3 mmol/l) (4-5 mg/l)

Magnesium blood levels	Interpretation
1.8 mg (0.75 – 1.25mmol)	Normal
4-8 mg (1.65-3.3mmol)	Therapeutic for seizure prophylaxis
10 – 12 mg (4.2- 4.9mmol)	Loss of knee jerk
12 -15 mg (4.9 -6.2mmol)	Respiratory failure
> 15mg (>6.2mmol)	Cardiac arrest

➤ **Anti-dote for magnesium toxicity**

Calcium gluconate (1gm in 10 mls of normal saline/ sterile water
(= 10 % solution) . give slow iv push over 3 minutes.

Příloha I Management preeklampsie u porodu

Management of a pre-eclamptic client in labor

1st stage of labor

- Monitor vital signs, ie. Temp, pulse, resp, BP, 1/2 hrly. If patient on magnesium sulphate infusion, the monitor every 5 minutes until stable + controlled, then every 15 minutes.
 - Monitor O₂ saturation to determine maternal hypoxia.
- Maintain fluid balance hourly, to prevent circulatory overload, pulmonary edema, respiratory distress. Measure intake + output.
- Measure urine output, (30 mls/ hr-> adequate renal function).
- Test urine for protein, ketones, glucose, 4 hrly.
- Administer anti-hypertensives as prescribed, note effect.
- Administer plasma volume expansion as prescribed. (haemmacel, golo fusine) and observe for decrease in edema.
- Provide pain relief (epidural suggested due to BP decrease). Ensure normal clotting screen + platelet count > 100 x 10⁹/l., prior to insertion of epidural.
- Monitor fetal condition continuously (CTG) + act on deviations from normal.
- Administer anti-dote for magnesium toxicity, ie. Calcium gluconate 1gm in 10 mls normal saline or sterile water (= 10% solution). give slow iv push over 3 minutes.
- Observe the client for any signs of eclampsia and refer to Dr.

2nd stage management (should be short)

- Notify pediatrician + obstetrician immediately
- Type of delivery depends on maternal and fetal condition.
 - SVD - may be done by the midwife
 - Assisted or C/S - by the doctor
- Ensure continuous monitoring during 2nd stage of labor.

3rd stage of labor management

- Administer syntocinon inj. 5 iu. im or iv.
- Observe for PPH, + manage appropriately. (refer to policy on PPH)

7. Care following delivery

- Continue specialized care, + monitoring for at least 4 hrs or longer, depending on the patient's condition.
- Provide appropriate care and management for the newborn

8. Maintain accurate + continuous documentation on all care provided.

- Reference : V.Ruth Bennett + Linda Brown. (2000) 13th ed. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone.
- F.Gary Cunningham, Gant, etc. (2001) 13th ed. Williams Obstetrics.

▪ Prepared by : Theresa Raman - Instructor

▪ Approved by : *Christina Nolasca Tansera* *ADON: MARS-1117*

Příloha J Management Eklampsie

Riyadh Al-Kharj Military Hospital
Obstetrics + Gynae Division
Obstetric Emergency Protocol

Policy no.: Obstetric Conditions – E1
Date: February 2007

Title: Nursing management of Eclampsia (cerebral edema associated with pre-eclampsia.)

Purpose:
Is the preservation of the mother's life and the well being of the baby is secondary.

Competency statement:
The midwife/nurse must be on the alert in detecting eclampsia + implement appropriate management.

Policy:

❖ Assessment

- Accurately assess maternal condition for signs of eclampsia (tonic, clonic, / postictal, phases)

Tonic

- Signal / aura
- Back arches
- Muscle of body contracts
- Arms + legs stiffen
- Jaw closes abruptly + may bite her tongue
- Respiration may stop with cyanosis (20 sec)

Clonic

- Respiration irregular (1min)
- May aspirate saliva
- Urine + feces incontinence

Postictal

- Semi-comatosed state (1-4 hrs)

❖ Planning + Interventions

- Remain with the patient
- Summon for help + medical aid
- Maintain clear airway
- Place in a semi-prone position / side, to facilitate drainage of saliva + vomit
- Administer O₂ - monitor saturation, to prevent hypoxia
- Prevent injury to mother

- Monitor fetal condition

Planning of eclampsia continued.

- Administer treatment as prescribed. Eg magnesium sulphate 1gm / 2gm continued post delivery. Or diazepam iv as an emergency measure.
- Observe for signs of labor + placental separation
- Monitor Bp at 5 minute intervals, if iv hydralazine 10mg given slowly
- Control iv infusion – do not overload
- Prepare patient for delivery, - c/s

Post delivery

- Provide specialized care

❖ **Evaluation**

- Evaluate response to management
- Observe for complications

Mother

- CVS – vasospasm, pulmonary edema, hypo-volaemia, haemo-concentration, thrombocytopenia, DIC, hemorrhage
- Renal – ischemia, oliguria, renal failure,
- Neurological – cerebral edema, cerebral hemorrhage
- Hepatic – hepatocellular damage, subcapsular haematoma, hepatic rupture

Fetal

- Placental abruption, IUGR, fetal distress, IUD.

❖ **Documentation**

- Maintain accurate + continuous documentation

Reference :

1. V Ruth Bennett + Linda Brown. Textbook for Midwives (2001) 13 ed.
2. Adele Pilitteri (Lippincott) Maternal + Child Health Nursing 4th ed. (2003). New York.

Prepared by : Therosa Raman CN

Approved by *[Signature]* *AKOORI (MAM)*
Nurses, T. Hospital

PATIENT'S RIGHTS

Definition

Patient rights encompass legal and ethical issues in the provider-patient relationship. These entitlements include person's right for privacy, the right for quality medical care without prejudice, the right to make informed decisions about care and treatment option and the right to refuse treatment.

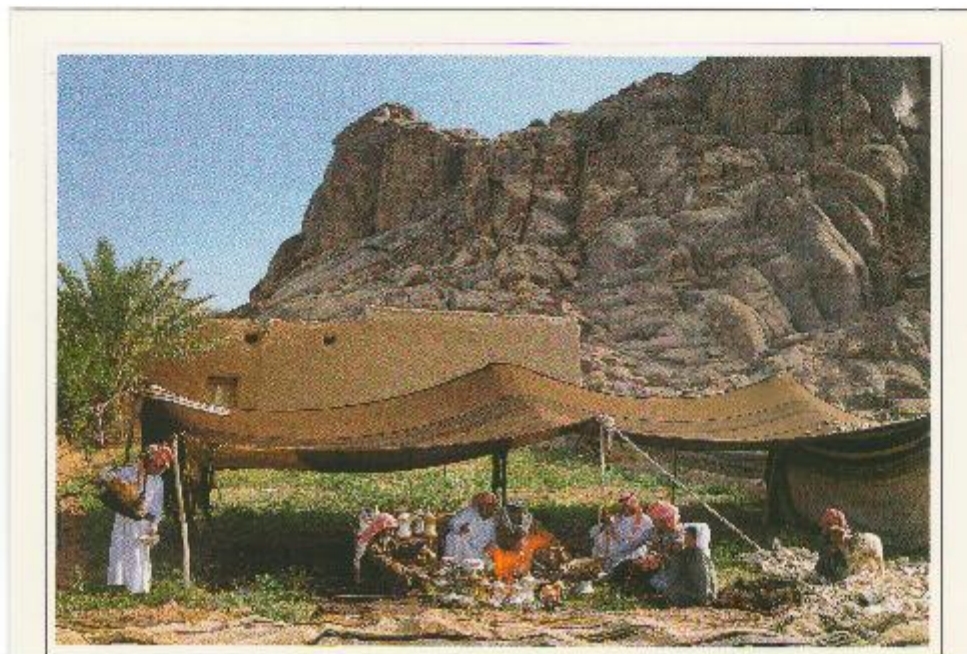
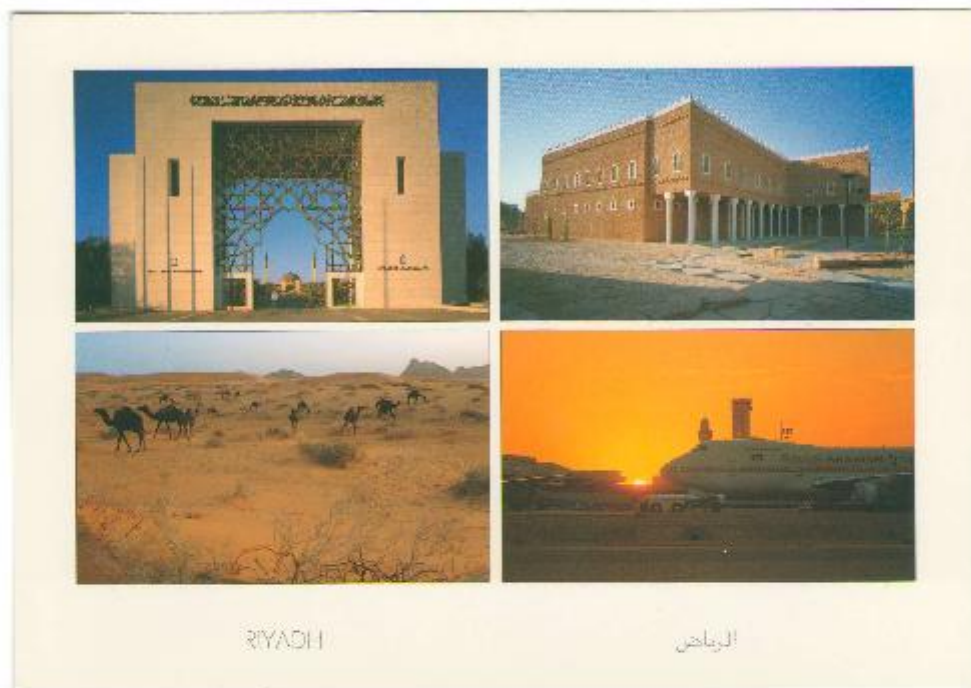
Purpose

The purpose of the defining patient's rights is to ensure the ethical treatment of person receiving medical or other professional health care services. **Every one in entitled to receive ethical treatment.**

- ξ **Refusal of Treatment.** Patients have the rights to refuse treatments in accordance with the law even if it is recommended by physician(s).
- ξ **The Right to be Informed.** Patients have the right to be informed about condition, treatment option, and the possible side effects of the treatments this includes the right to consent for all procedures.
- ξ **The Right for Safe Environment.** Patients have the right to have personal safety.
- ξ **The Right to Know the Identity of Care Providers.** Patients have the right to know the identity of the care givers.
- ξ **The Right to Complain.** Patients have the right to complain about any aspect of their care without the fear of retaliation or compromise access or quality of care.

Příloha L Fotografie

Ryjád, Saúdská Arábie



Riyad Armed Forces Hospital



Multikulturní kolektiv



Stanoviště recepcce na porodním sále



Kolektiv na pracovišti a ve volném čase

