

SKÚSENOSTI SESTIER S KULTÚRNYM ŠOKOM A ADAPTÁCIA NA NOVÉ PRACOVNÉ PROSTREDIE VO VEĽKEJ BRITÁNII

NURSES EXPERIENCES OF CULTURE SHOCK AND ADAPTATION TO THE NEW WORK ENVIRONMENT IN GREAT BRITAIN

HULKOVÁ, Viera¹, VAŇOUSKOVÁ Milena^{2,3}

¹ *Fakulta zdravotníctva, Trenčianska Univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Trenčín, Slovenská republika*

² *Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, Příbram, Česká republika, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika*

³ *Nemocnica The Wellington Hospital, Londýn, Veľká Británia*

ABSTRAKT

Východiská: Štúdia sa zaoberá prežívaním kultúrneho šoku u sestier pracujúcich v nemocnici The Wellington Hospital vo Veľkej Británii. Globálny nedostatok sestier má zvyšujúci sa charakter, migrácia sestier pokračuje, sestry sa dostávajú do kontaktu s kultúrami, ktoré sú podobné, ale aj veľmi odlišné od ich vlastnej kultúry. Sestry sú ohrozené kultúrnym šokom.

Cieľ: Cieľom kvalitatívnej štúdie bola komparácia prežívania kultúrneho šoku u sestier z rôznych krajín sveta a krajín Európy.

Štúdium a metodika: Metódou štúdie bol pološtruktúrovaný rozhovor s dvadsiatimi sestrami rôznych národností, ktoré pracovali v súkromnej nemocnici, na jednotke intenzívnej starostlivosti v Londýne.

Výsledky: Zistili sme, že hoci jednotlivé fázy kultúrneho šoku trvajú u každej sestry individuálne dlhú dobu, tak v celkovej dĺžke adaptácie zohráva významnú úlohu vzdialenosť a odlišnosť od vlastnej kultúry. Avšak ak mali sestry predchádzajúcu skúsenosť s prežívaním kultúrneho šoku, tak vzdialenosť a odlišnosť kultúr boli menej významnými faktormi. Predchádzajúca skúsenosť taktiež významne skracaje adaptačnú dobu. Jazyková bariéra, najmä pri telefonickú komunikácii, je významnou bariérou adaptácie európskych sestier. Pre sestry z mimoeurópskych krajín je najväčšou prekážkou v adaptácii diskriminácia.

Záver: Sestry by uvítali pomoc mentora alebo osoby, ktorá by im bola nápomocná na pracovisku, ale aj pri vybavovaní aktivít denného života. Veľkým prínosom by bol adaptačný program, ktorý by sa zameriaval na zlepšenie komunikačných schopností, kultúrne rozdiely, rozdiely v ošetrovateľských systémoch a oboznámil by sestry s prístrojovým vybavením oddelenia.

Kľúčové slová: Kultúrny šok. Ošetrovateľstvo. Sestra.

ABSTRACT

Background: The study deals with the culture shock experienced by nurses working at The Wellington Hospital in the UK. The global shortage of nurses is increasing, the migration of nurses continues, nurses come into contact with cultures that are similar, but also very different from their own culture. Culture shock is perceived as threatening for nurses.

Objective: Compare the experience of culture shock in nurses from different countries of the world and European countries.

Sample and methodology: We used the method of a semi-structured interview with twenty nurses of different nationalities

who worked in a private hospital in an intensive care unit in London.

Results: We discovered that although the lengths of individual phases of cultural shock is different, the difference and distance from original culture plays very important role in the total length of adaptation. However the distance and difference from original culture is not so important if the nurses already had any previous experience with the culture shock. Previous experience with culture shock also significantly shortens the length of adaptation. The language barrier especially during the telephone communication is a significant barrier to adaptation of European nurses. Discrimination is significant barrier to adaptation for non-European nurses.

Conclusion: As the part of their adaptation nurses would welcome a mentor, who would help them not only within the working environment but also assist them with the matters of daily life. Adaptation programme which would concentrate on the improvement of communication skills, cultural differences, differences within the nursing and also equipment use would be beneficial. Combination of both of these options would be the most appropriate.

Key words: Culture shock. Nurse. Nursing.

ÚVOD

Vplyvom globalizácie sa svet stáva multikultúrnym prostredím, kde sa na jednom mieste stretávajú príslušníci rôznych kultúr. Ľudia cestujú za prácou, usadia sa v novej krajine, niektorí natrvalo a snažia sa v novom prostredí zorientovať a integrovať sa. Dochádza tak k splynutiu s novou kultúrou. Každý jedinec je konfrontovaný s psychologickou reakciou, ktorú nazývame kultúrny šok. Ide o proces, ktorý trvá týždne až mesiace a záleží na každom jedincovi či je alebo nie je schopný prijať zmeny, ktoré ho v cudzom prostredí obklopujú. Šokom ho nazývame preto, že v človeku vyvolá silné emócie (Ivanová, Břichňáčová, 2020). Má niekoľko fáz a môže sa prejavovať psychickými a fyzickými príznakmi. Intenzita kultúrneho šoku ovplyvňuje adap-

táciu jednotlivca na nové prostredie a v prípade sestier, aj na pracovné prostredie a má vplyv aj na ich pracovný výkon. Pri poskytovaní multikultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti sa zabúda na to, že aj sestry sú ohrozené kultúrnym šokom. Stretávajú sa s rozdielnymi kultúrnymi aspektami, s odlišnými životnými, ale aj klimatickými podmienkami. Pochopenie kultúrneho šoku a súvislostí by malo slúžiť ako návod pre zamestnávateľov, na ktoré aspekty kultúrneho šoku je potrebné sa zamerať v rámci adaptácie sestier a eliminácie prejavov a následkov kultúrneho šoku.

Pojem kultúrny šok sa po prvý raz objavil v literatúre v 60. rokoch minulého storočia v článku K. Oberga. „Kultúrny šok je chorobou a ako každá choroba má svoje príčiny, príznaky a liečbu“ (Oberga, 2006, s. 142). Kultúrny šok môžeme charakterizovať ako súbor príznakov vyvolaných obavou zo straty sociálnej interakcie. Vzniká ako silná emocionálna reakcia na stretnutie s neznámou kultúrou (Mistrič, 2007). Uskutočňuje sa v štyroch fázach. Prvá fáza sa nazýva fáza očarenia alebo aj medových týždňov tzv. „*honeymoon*“, ktorá sa prejavuje nadšením zo všetkého nového, jedinec prežíva pocity eufórie. V druhej fáze osoba zažíva skutočný kultúrny šok, ide o *fázu krízy*, kedy si uvedomí rozdiely v hodnotách, zvykoch, jazyku, čo v nej vyvolá úzkosť, rozčarovanie a frustráciu. Človek sa snaží o intenzívnejší kontakt s ľuďmi z rodnej krajiny. Z fyzických symptómov sa dostaví nespavosť, nechutenstvo, bolesť. V tretej fáze dochádza k určitej psychickej *vyrovnanosti*, učí sa novým kultúrnym zvyklostiam, snaží sa pochopiť novú kultúru. Poslednou, štvrtou fázou je *adaptácia*, človek začne normálne fungovať a je schopný efektívne pracovať (Oberga, 2006).

Ošetrovateľstvo vo Veľkej Británii má dlhodobú tradíciu. V súčasnosti všetky sestry pracujúce vo Veľkej Británii musia byť registrované v Nursing and Midwifery Council (NMC). Je to štatutárny orgán zriadený parlamentom v roku 2002, reguluje ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu s cieľom chrániť zdravie a duševnú pohodu verejnosti. NMC vedie register všetkých sestier spôsobilých k výkonu povolania, vydáva štandardy pre vzdelávanie, odbornú prípravu a výkon povolania, ale taktiež sankcionuje, ak neboli štandardy dodržané (NMC, 2010). Sestry po získaní bakalárskeho stupňa vzdelania si môžu zvýšiť svoju kvalifikáciu absolvovaním špecializačných kurzov, napr. sestra pre mentálne postihnutých, detská sestra, sestra špecialistka

na aplikáciu intravenózných liekov, zavádzanie močového katétra u mužov, sestra konzultantka, sestra pre vzdelávanie. Aj sestry pracujúce v ambulanciách a „*home care*“ sú považované za sestry špecialistky. V súčasnosti môžu predpisovať lieky a obväzový materiál v danom odbore. Mnohé zo sestier absolvujú ďalší kurz nezávislej a doplňujúcej preskripcie takmer všetkých liekov, ktoré sú licencované vo Veľkej Británii (NMC, 2010). Podľa rozsahu kompetencií sa sestry rozlišujú na niekoľko úrovní:

- *Nurse Practitioner* – sestry špecialistky, ktorých kompetencie sú na úrovni lekárov. Preskripujú lieky a odporúčania k hospitalizácii.
- *Primary Case Nurses* – sestry pracujúce v primárnej starostlivosti, v ambulanciách a home care.
- *Lecturer Nurses – Practitioner* – pracujú súčasne aj na univerzitách a aj v nemocniciach.
- *Lecturer Nurses* – sestry edukátorky, ktoré pôsobia iba v nemocniciach.
- *Manager* – sestry manažérky v pozíciách stredného alebo vrcholového manažmentu.

Nemocnica The Wellington Hospital je najväčšia súkromná nemocnica vo Veľkej Británii, ktorá poskytuje špecializovanú komplexnú starostlivosť v odboroch intervenčnej kardiológie, kardiochirurgie, všeobecnej chirurgie, neurológie, ortopédie, rehabilitácie, urológie a gynekológie. Nemocnica má 266 lôžok, 15 operačných sál, 34 lôžok na jednotkách intenzívnej starostlivosti (Wellington Hospital, 2020). Každú jednotku intenzívnej starostlivosti vedie konzultant-lekár so špecializáciou v intenzívnej starostlivosti, ktorý prichádza na oddelenie raz denne a spolu so službukonajúcim lekárom, vedúcou sestrou a ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu zhodnotí aktuálny zdravotný stav pacienta a stanoví plán starostlivosti. Ošetrovateľskú starostlivosť na jednotke intenzívnej starostlivosti, ktorá má 15 lôžok, poskytuje 40 sestier, ktoré sú zamestnankyňami nemocnice a podľa potreby sú najímané sestry z agentúr, aby bol zabezpečený pomer 1:1 sestra/pacient. Sestry pracujú v 12-hodinových zmenách. Pred začiatkom každej zmeny vedúca zmeny prideliť sestram pacientov podľa ich skúseností a potrieb pacientov. Sestry zodpovedajú za ošetrovateľskú starostlivosť u daného pacienta. Hierarchia sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti je viacstupňová, čo im dáva možnosť kariérneho postupu. *Staff Nurse* pracuje

priamo u lôžka pacienta, *Senior Staff Nurse* je sestra, ktorá má minimálne 3–5 rokov praktických skúseností v ošetrovatelstve a kurz intenzívnej starostlivosti. Túto pozíciu sestra však nezíska automaticky, ale musí o ňu požiadať a úspešne absolvovať prijímací pohovor. Okrem priamej ošetrovateľskej starostlivosti u lôžka pacienta, získava súčasne aj skúsenosti ako vedúca zmeny. *Charge Nurse* je sestra s minimálne 7-ročnou praxou v odbore, jej pracovná náplň sa delí na klinickú a administratívnu (manažérsku) činnosť. Ku klinickým činnostiam patrí náplň práce vedúcej zmeny, hodnotí poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť, organizuje klinické vzdelávacie aktivity pre sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti, zúčastňuje sa rozhovorov vedúceho lekára s príbuznými. K manažérskym činnostiam patrí vedenie tímu sestier, zaškolenie nových sestier, raz ročne hodnotí na individuálnom pohovore prácu každej sestry na jednotke a spoločne plánujú kariérny a študijný postup. *Senior Charge Nurse* nepracuje v zmennej prevádzke, ale zabezpečuje materiálne a personálne vybavenie jednotky. Zúčastňuje sa prijímacích pohovorov. *Modern Matron* je sestra manažérka s manažérskym vzdelaním v ošetrovatelstve, riadi všetky oddelenia intenzívnej starostlivosti v nemocnici. Spolupracuje s vrcholovým manažmentom, podieľa sa na tvorbe nových štandardov, kontroluje svojich podriadených.

CIEĽ

Cieľom kvalitatívnej štúdie bola komparácia prežívania kultúrneho šoku u sestier z rôznych krajín sveta a Európy. Zisťovali sme rozdiely v prežívaní jednotlivých fáz kultúrneho šoku u sestier z odlišných kultúr. Zaujímalo nás, čo považujú samotné sestry za najväčšiu bariéru v adaptácii na nové pracovné prostredie.

SÚBOR A METODIKA

Metódou štúdie bol pološtruktúrovaný rozhovor s dvadsiatimi sestrami rôznych národností, ktoré pracovali v súkromnej nemocnici, na jednotke intenzívnej starostlivosti v Londýne. Zber údajov sa uskutočnil od marca do mája 2016. Pred realizáciou rozhovorov bol respondentom zaslaný e-mail s informáciami, otázkami a žiadosťou o participáciu na výskume. Rozhovory sa uskutočnili priamo v nemocnici v Londýne, boli zaznamenávané s ich súhlasom, následne analyzované a vyhodnotené. Respondentom sme položili dvadsať otázok, päť

z nich bolo demografických, štrnásť otvorených otázok a jedna uzatvorená otázka. V období realizácie rozhovorov bol tím sestier na jednotke intenzívnej starostlivosti veľmi multikultúrny. Pracovali v ňom sestry z Portugalska, Španielska, Filipín, Indie, Nemecka, Českej republiky, Grécka, Fínska, Litvy, Juhoafrickej republiky, Jamajky, Austrálie a Nového Zélandu. Súbor tvorilo dvadsať sestier, z toho štrnásť žien a šesť mužov vo veku od 27–49 rokov. Jedenásť respondentov pochádzalo z krajín Európy a deväť z mimoeurópskych. Dvanásť respondentov (osem z krajín Európy a štyria z mimoeurópskych krajín) bolo po prvý raz na zahraničnom pracovnom pobyte. Priemerná dĺžka pobytu vo Veľkej Británii bola 5,7 rokov.

Tabuľka 1 Demografické údaje respondentov

Respondent	Pohlavie	Vek	Krajina pôvodu	Vzdelanie
R1	M	33	Grécko	VŠ
R2	M	41	Nemecko	SŠ
R3	Ž	30	Fínsko	VŠ
R4	Ž	35	India	VŠ
R5	Ž	40	Filipíny	VŠ
R6	Ž	27	Portugalsko	SŠ
R7	Ž	27	Španielsko	SŠ
R8	M	28	Španielsko	VŠ
R9	Ž	45	JAR	VŠ
R10	Ž	48	JAR	VŠ
R11	Ž	31	ČR	VŠ
R12	M	37	India	VŠ
R13	Ž	40	Filipíny	VŠ
R14	M	39	Nemecko	SŠ
R15	Ž	35	Portugalsko	SŠ
R16	Ž	45	Nový Zéland	SŠ
R17	Ž	49	Austrália	SŠ
R18	Ž	29	ČR	SŠ
R19	Ž	40	ČR	VŠ
R20	M	40	Filipíny	VŠ

Legenda: R – respondent; M – muž; Ž – žena; JAR – Juhoafrická republika; ČR – Česká republika; VŠ – vysokoškolské vzdelanie; SŠ – stredoškolské vzdelanie

VÝSLEDKY

K interpretácii výsledkov bola použitá metóda otvoreného kódovania, údaje sme analyzovali, porovnávali a kategorizovali. Prvá fáza kultúrneho šoku – fáza nadšenia trvala u respondentov v priemere dva mesiace, pričom najkratšie obdobie bolo tri týždne a najdlhšie šesť mesiacov. Ďalšia fáza krízy trvala v priemere 2,5 mesiaca, pričom komparovaním údajov sme zistili, že u sestier z Európy trvala 2,9 mesiacov a u sestier z mimoeurópskych

Tabuľka 2 Rozdiely v ošetrovateľskej praxi

Respondent	Krajina pôvodu	Obmedzenie praktických zručností	Odlíšna hierarchia sestier	Rozsah ošetrovateľských činností	Vzťah sestra – lekár	Vzťah sestra – pacient
R1	Grécko	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno
R2	Nemecko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	nie	nie
R3	Fínsko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	nie	nie
R4	India	áno	nepovažujem za podstatné	áno	nie	nie
R5	Filipíny	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno
R6	Portugalsko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	nie	nie
R7	Španielsko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	nie	nie
R8	Španielsko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno	áno
R9	JAR	áno	áno	áno	nie	nie
R10	JAR	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno
R11	ČR	áno	áno	áno	áno	áno
R12	India	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno
R13	Filipíny	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno
R14	Nemecko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno	áno
R15	Portugalsko	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno	áno
R16	NZ	áno	áno	áno	áno	áno
R17	Austrália	áno	áno	nie	nie	áno
R18	ČR	nie	nie	nie	nie	áno
R19	ČR	nie	nie	nie	nie	áno
R20	Filipíny	áno	nepovažujem za podstatné	áno	áno	áno

Legenda: JAR – Juhoafrická republika; ČR – Česká republika; NZ – Nový Zéland; áno – rozdiel v skúmanom parametre vo Veľkej Británii a domovskej krajine respondenta; nie – nie je rozdiel; nepovažujem za podstatné – respondent hodnotil rozdiely ako nevýznamné, odpoveď bola nejednoznačná.

krajín podstatne kratší čas – 2,1 mesiaca. Do poslednej, štvrtej fázy kultúrneho šoku adaptácie sa respondenti dostali v priemere po 10,6 mesiacoch. Najrýchlejšie sa respondentky zadaptovali po dvoch mesiacoch a najdlhšia doba, kedy sa respondent cítil adaptovaný, boli až tri roky.

Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje dĺžku jednotlivých fáz kultúrneho šoku a najmä jeho poslednú fázu adaptácie, je predchádzajúca skúsenosť s prácou v zahraničí.

Z výsledkov výskumu vyplynulo, že sestry z krajín Európy, ktoré mali predchádzajúcu pracovnú skúsenosť v zahraničí, sa adaptovali v priemere po 8,3 mesiacoch; bez predchádzajúcich skúseností so zahraničím sa táto doba zdvojnásobila na 15,6 mesiacov. Priemerná dĺžka fázy adaptácie u sestier z mimoeurópskych krajín bola päť mesiacov, teda podstatne kratšia doba než u sestier z krajín Európy. Naopak, tie sestry, ktoré nemali predchádzajúcu skúsenosť s prácou v zahraničí a pochádzali z krajín mimo Európy, sa adaptovali až po 17,2 mesiacoch.

Najčastejšie uvádzaným psychickým prejavom kultúrneho šoku u respondentov bol smútok za domovom, rodinou a priateľmi. Ďalšími významnými symptómami boli pocity samoty a izolácie, najmä u respondentov bez predchádzajúcej pracovnej skúsenosti v zahraničí, pocit beznádeje, bezmocnosti,

nudy, zmeny nálad, hnev, depresia. Zvýšenú konzumáciu alkoholu priznali traja respondenti. Z fyzických prejavov uvádzali respondenti bolesť hlavy, nadmernú únavu a poruchy spánku. Až osem respondentov uviedlo, že netrpí žiadnymi fyzickými prejavmi kultúrneho šoku.

Zaujímalo nás, čo sestram pomohlo prekonať fázu krízy a po analýze odpovedí ich môžeme rozdeliť do štyroch kategórií: priatelia, rodina, cestovanie a kultúra.

Prežívanie fázy krízy sťažila sestram z Európskych krajín jazyková bariéra. Uvádzali, že mali problém s odbornou angličtinou, s prízvukom, pri telefonickú komunikáciu, čo im spôsobovalo frustráciu a pocity neistoty.

Veľkým prínosom boli podľa nášho názoru zistenia týkajúce sa posúdenia rozdielov v ošetrovateľskej praxi vo Veľkej Británii a domovskej krajine respondentov z aspektu rozsahu ošetrovateľských činností, vzťahu sestra – lekár a sestra – pacient. Výsledky sumarizujeme v prehľadovej tabuľke č. 2. Respondenti sa zhodli, že ošetrovateľský systém vo Veľkej Británii dáva sestram väčšie kompetencie v starostlivosti o pacienta, ale súčasne má sestra aj väčšiu zodpovednosť. K najčastejšie uvádzaným rozdielom v rozsahu ošetrovateľských činností patrilo: extubácia pacienta sestrou, možnosť meniť

parametre umelej pľúcnej ventilácie, hodnotenie výsledkov odberov krvi, hodnotenie EKG, preskripcia infúzných roztokov. Jedenásť respondentov uviedlo odlišný hierarchický systém sestier vo Veľkej Británii a väčšiu možnosť profesijného rastu. Jedenásť respondentov ďalej uviedlo, že nemohli uplatniť svoje praktické skúsenosti, bežné v povolani sestra v ich domovskej krajine, napr. odbery krvi, kanyláciu periférnych ciev, pokiaľ neabsolvovali povinný kurz, čo im trvalo štyri mesiace. Respondenti pozitívne hodnotili vzťah sestry – lekára než ich v domovskej krajine. Lekár vo Veľkej Británii považuje sestru za rovnocenného partnera, rešpektuje jej názor na starostlivosť o pacienta. Vo vzťahu sestry – pacient boli názory respondentov nejednotné. Sestry z Filipín uviedli, že na Filipínach nevykonávajú hygienickú starostlivosť u pacientov, respondentky z Indie a Českej republiky sa zhodli v názore, že pacienti v Británii vyžadujú od sestier okamžitú intervenciu, respondentky z Juhoafrickej republiky sa zmienili, že si pacienti vyberajú sestry podľa farby pleti.

Šestnásť respondentov hodnotí pozitívne ošetrovateľský systém vo Veľkej Británii z dôvodu väčších možností kariérneho rastu. Sestry majú vyšší sociálny status a viacej možností uplatnenia.

DISKUSIA

Globálny nárast migrácie vo svete sa odráža i v ošetrovateľstve. Trendy ukazujú, že migrácia sestier bude pokračovať a bude mať zvyšujúci sa charakter, čo súvisí s globálnym nedostatkom sestier. Žijeme a pracujeme v multikultúrnej spoločnosti, kde sestry musia vedieť riešiť špecifické ošetrovateľské problémy príslušníkov rôznych kultúr. Od sestier ako nositeľov profesionálneho systému starostlivosti sa spoločensky očakáva, že práve ony vedia, akceptujú a vytvárajú ústretové intervencie voči príslušníkom iných kultúr. Avšak nielen pacienti musia prekonávať kultúrny šok a adaptovať sa na zmeny, ale i sestry. Literárne zdroje poskytujú iba veľmi obmedzené množstvo príspevkov venujúcich sa problematike prežívania kultúrneho šoku a jeho jednotlivých fáz u sestier a následnej adaptácii.

Naše výsledky komparujeme so štúdiou autoriek Lukšová et al. (2012), ktoré sa vo výskume zamerali na vplyv cudzieho kultúrneho prostredia na pätnásť českých sestier, z nich desať pôsobilo v Saudskej Arábii a päť vojakov – zdravotníkov na misii v Afganistane. Pološtruktúrovanými rozho-

vormi získali poznatky o dopade kultúrneho šoku na zdravotníckych pracovníkov. Ďalšia zaujímavá štúdia sa zaoberá pôsobením sestier na misiách Lekárov bez hraníc, ktorej sa autorka Hurychová (2015) ako sestra osobne zúčastnila.

Z výsledkov nášho výskumu vyplynulo, že hoci jednotlivé fázy kultúrneho šoku trvajú u každého jedinca individuálne dlhú dobu, v celkovej adaptácii zohráva významnú úlohu vzdialenosť a odlišnosť od vlastnej kultúry. Dôležitým zistením bolo poznanie, že predchádzajúca skúsenosť s prežívaním kultúrneho šoku významne skracuje dobu adaptácie, pričom vzdialenosť a odlišnosť od vlastnej kultúry už nie je významná. Lukšová et al. (2012) uvádzajú, že kultúrne rozdiely, klimatické podmienky a jazyková bariéra zásadne ovplyvnia adaptačný proces v konkrétnom prostredí a intenzitu schopností jedinca adaptovať sa. Veľká časť českých respondentov hodnotila danú kultúru po skončení adaptačného procesu negatívne.

Priemerná dĺžka pobytu v zahraničí sa líšila v závislosti od destinácie, v Saudskej Arábii sestry pracovali v priemere 4,1 roky; misia v Afganistane trvala v priemere 6,6 mesiacov. Celková dĺžka pracovného pobytu českých zdravotníkov v Saudskej Arábii sa pohybovala medzi 2–10 rokmi a maximálna doba misie v Afganistane bola 7 mesiacov (Lukšová et al., 2012). Priemerná dĺžka pobytu respondentov vo Veľkej Británii bola 5,7 rokov.

Fáza očarenia alebo „medových týždňov“ trvala u českých zdravotníkov v priemere 2,5 týždňa (aj u respondentov v Saudskej Arábii i v Afganistane). U respondentov vo Veľkej Británii bola táto doba podstatne dlhšia, v priemer 2 mesiace, najkratšie obdobie bolo 3 týždne a najdlhšie 6 mesiacov. Autorky akcentujú, že na dĺžku jednotlivých fáz kultúrneho šoku majú vplyv dĺžka pobytu a životné a pracovné podmienky.

Fáza krízy trvala u sestier v Saudskej Arábii 2,8 mesiacov, u našich respondentov vo Veľkej Británii v priemere 2,5 mesiaca, pričom sme posudzovali osobitne sestry z krajín Európy a ostatných. U sestier z Európy trvala druhá fáza krízy 2,9 mesiacov a u sestier z mimoeurópskych krajín podstatne kratší čas: 2,1 mesiaca.

České sestry pracujúce v Saudskej Arábii sa adaptovali po 1,74 roka, v Afganistane po 3,7 mesiacoch, respondenti vo Veľkej Británii sa dostali do poslednej, štvrtej fázy kultúrneho šoku – adaptácie v priemere po 10,6 mesiacoch. Najrýchlejšie sa res-

pondentka zadaptovala po dvoch mesiacoch a najdlhšia doba, kedy sa respondent cítil adaptovaný, boli až tri roky.

Českí zdravotníci v priebehu kultúrneho šoku trpeli psychosomatickými problémami, bolesťami hlavy, únavou, alergiami, smútkom po rodine, mali pocity osamelosti a izolácie. Z českej kultúry im najviac chýbala kuchyňa, príroda a sloboda. V prežívaní krízy im pomáhali priatelia a práca. Najvýznamnejším aspektom, ktorý českým sestram v oboch krajinách komplikoval adaptáciu, boli rozdielne klimatické podmienky (Lukšová et al., 2012). Podobné odpovede uvádzali aj respondenti vo Veľkej Británii. Podobné prejavy u sestier opisuje aj Hurychová (2015). Sestry počas poskytovania humanitárnej pomoci pociťovali stavy úzkosti, obavy z nepochopenia u miestnych zdravotníckych pracovníkov ohľadom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, vysokú mieru stresu.

Jednotlivé fázy kultúrneho šoku trvajú u každého jedinca individuálne dlhú dobu, čo potvrdil i náš výskum a taktiež štúdia autoriek Lukšová et al. (2012). I keď výskumom boli zistené priemerné doby trvania jednotlivých fáz kultúrneho šoku u sestier, je potrebné zdôrazniť množstvo determinantov kultúrneho šoku (dĺžka pobytu v zahraničí, osobnostná charakteristika jednotlivcov, lokalita, interpersonálne faktory, atď.).

Kultúrnymi a jazykovými rozdielmi ako prekážkami v poskytovaní kvalitnej starostlivosti zdravotníckymi pracovníkmi v Saudskej Arábii sa zaoberala štúdia publikovaná v Saudi Medical Journal (Almutairi, 2015). Autor v období rokov 2000–2014 prehľadával elektronické databázy (ISI Web of Knowledge, Science Direct, PubMed a Cochrane) s cieľom zamerať sa na problémy týkajúce sa kultúrnych a jazykových rozdielov a na prekážky v kvalite starostlivosti o zdravotnícku pracovnú silu v Saudskej Arábii. Jedinečnosť saudskej kultúry spojená s veľkým počtom zahraničných odborníkov v oblasti zdravotníctva, ktorí majú obmedzené znalosti saudskej kultúry, zhoršuje problém poskytovania vysokej kvality starostlivosti a môže spôsobiť potenciálne kultúrne konflikty, ktoré môžu viesť k nespokojnosti pacientov. Podľa ministerstva zdravotníctva pracujú v Saudskej Arábii najmä sestry pochádzajúce z krajín ako India, Filipíny, Malajzia, Austrália, Spojené kráľovstvo, Južná Afrika a ďalšie krajiny Stredného východu s rôznym kultúrnym zázemím. Vyhľadávanie v online databázach prinieslo 79 výsledkov a 39 štúdií podrobil autor

podrobnejšej analýze. Šesť štúdií poukázalo na problémy zdravotníckych pracovníkov týkajúce sa vplyvu kultúrnej rozmanitosti na kvalitu starostlivosti o pacientov (Almutairi, 2015). Medzi faktory, ktoré spôsobovali sestram ťažkosti s dosahovaním kultúrnych schopností, patrili kultúrny šok, jazykové bariéry a nedostatočné porozumenie islamu. Nedostatočné znalosti nemoslimských sestier o saudska-arabskej kultúre a ťažkosti pri získavaní kultúrnych kompetencií boli dokumentované ako prekážky účinnej komunikácie. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ako zamestnávateľ by mal oboznámiť pracovníkov z rôznych kultúr s miestnymi kultúrnymi zvyklosťami a predchádzať tak nedorozumeniam medzi spolupracovníkmi. Almutairi (2015) odporúča poskytovateľom využiť kontrolný zoznam na vyhodnotenie kultúrnych kompetencií organizácie Národného centra pre kultúrne kompetencie na Georgetownskej univerzite.

Skúsenosti s kultúrnym šokom, získaním švédskej licencie na výkon povolania, adaptáciou na nové pracovné podmienky a prostredie opisuje švédska štúdia autorov Erikson et al. (2018) publikovaná v BMC Medical Education. Od roku 2003 vydáva Švédska národná rada pre zdravie a sociálnu starostlivosť (SNBH) viac licencií na vykonávanie sesterskej praxe. V roku 2015 SNBH vydala 672 licencií sestram vzdelaným v zahraničí v porovnaní s 229 licenciami v roku 2009. Starnutie obyvateľstva a nedostatok zdravotníckych pracovníkov v krajinách s vysokými príjmami, ako aj príležitosť pre migrantov na dosiahnutie lepších životných podmienok, ovplyvnili aj migráciu sestier z krajín s nízkymi príjmami do krajín s vysokými príjmami. V 22 krajinách OECD sa podiel zahraničných sestier zvýšil z 11 % na 14,5 % medzi rokmi 2000 a 2010 (Erikson et al., 2018).

Po získaní licencie na prácu vo svojej profesii sa sestry stretávajú s mnohými výzvami, keď začínajú pracovať v novej krajine. Skúsenosti z praxe v USA, Kanade, Austrálii a Veľkej Británii – hlavných prijímajúcich krajinách, poukazujú na dominantné faktory adaptácie na nové pracovné podmienky, a to potrebu učiť sa a komunikovať v novom jazyku, vzťah sestra – pacient – lekár, prispôbenie sa novému systému zdravotnej starostlivosti, prispôbenie sa väčšej nezávislosti, prevzatie vedúcej úlohy a zaobchádzanie s novšími technológiami. Okrem prispôbenia sa novému systému zdravotnej starostlivosti sa sestry musia tiež učiť o kultúre v hostiteľskej krajine. Pri

budovaní ich života v novej krajine sestry opisujú rozdiely medzi krajinami ako kultúrny šok. V apríli 2016 zaviedla SNBH jazykovú požiadavku vo švédčine, nórčine alebo dánčine pre všetky sestry, ktorí sa uchádzajú o licenciu na vykonávanie svojej profesie. Pred rokom 2016 museli vo švédčine preukazovať svoje zručnosti len sestry z krajín mimo EÚ (Erikson et al., 2018). Švédska štúdia tiež potvrdila podobne ako výsledky nami realizovaného výskumu, rozdiely medzi sestrami pochádzajúcimi z krajín EÚ alebo mimo EÚ. Sestry pochádzajúce z EÚ považovali za jednoduchšie získať švédsku licenciu. Tento proces označili za pomerne jednoduchý a priamy. Naopak získanie švédskej licencie bolo vykreslené ako zdĺhavý proces pre tých, ktorí pochádzajú z krajín mimo EÚ. Po absolvovaní jazykových testov požiadali sestry z krajín mimo EÚ o doplnkový výcvik alebo skúšku odbornej spôsobilosti.

Sestry uvádzali, že sa na novom pracovisku cítili vítané. Kolegovia boli voči nim otvorení, milí, prejavovali záujem. Sestry by ocenili viac času na to, aby sa na začiatku dozvedeli viac o švédskej kultúre a systéme zdravotnej starostlivosti. V ďalších odpovediach už boli sestry nejednoznačné, keď porovnávali prácu vo Švédsku s prácou vo svojej domovskej krajine. Popísali rozdiely, ale zároveň odôvodnili, že tieto rozdiely boli malé. Vo všeobecnosti sestry uviedli, že používanie technológií bolo vo Švédsku častejšie ako v ich domovských krajinách a niektoré sa domnievali, že ošetrovatelstvo vo Švédsku sa silne zameriava na lekárske aspekty starostlivosti. Celkovo boli hlavné rozdiely spojené s pracovnou kultúrou a systémom zdravotnej starostlivosti. Ako sestry sa vo Švédsku cítili viac oceňované a mali väčšiu zodpovednosť ako vo svojich domovských krajinách.

Adaptačný proces trval u sestier od jedného do šiestich mesiacov. Nedostatočné jazykové znalosti švédskeho jazyka spočiatku spôsobili sestrám stres a vyhýbali sa diskusiám na pracovisku. Uvádzali však, že sa kolegovia zaujímali o ich krajinu alebo kultúru (Erikson et al., 2018).

Vplyv krajiny a kultúrnych odlišností na profesijný a osobný život sestier potvrdila aj ďalšia štúdia publikovaná v *Journal of Advanced Nursing*, v ktorej autori na základe literárnej review konštatovali významné rozdiely v osobnom rozvoji sestier, perspektívach ošetrovateľskej praxe a kritickým hodnotení systémov zdravotnej starostlivosti. Zaznamenali tiež zvýšené uznanie a citlivosť voči

kultúrnym otázkam a medzikultúrnej starostlivosti. Zistili, že príprava, trvanie, poskytnuté informácie ovplyvňujú rozdiely v krajine pôsobenia. Sestry sú vystavené v hostiteľskej krajine rôznym skúsenostiam, čo im poskytlo široké spektrum na porovnanie kultúr, ošetrovateľskej praxe a poskytovania zdravotnej starostlivosti v týchto kultúrach (Button et al., 2005).

ZÁVER

Sestry odchádzajú z rôznych dôvodov pracovať do zahraničia a celosvetová migrácia so sebou prináša skutočnosť, že na oddeleniach sú sestry rôznych národností, náboženského vyznania, odlišných kultúr. S fenoménom kultúrneho šoku sa stretávame nielen u pacientov, ale aj u samotných sestier. „*Kultúry sa premiešavajú, kultúrne vzorce na seba narážajú, žijeme v stále pestrejšom multikultúrnom svete*“ (Mistrík, 2007, s. 65). Poznaním kultúrnych noriem, hodnôt, artefaktov sestry poskytujú kultúrne orientovanú univerzálnu a diferencovanú starostlivosť, ktorá je nevyhnutná pre pohodu, zdravie, rast a vývoj, prežitie (Kilíková, 2015).

Hoci existujú rôzne tréningy, kurzy a výučbové programy ako zmierniť kultúrny šok v jeho jednotlivých fázach, množstvo literatúry, v skutočnosti nás to nepripraví tak, ako keď sa ocitneme v centre diania a sme konfrontovaní s odlišnými kultúrnymi zvyklosťami osobne. Konfrontáciu s prejavmi kultúrneho šoku nám uľahčí poznanie, že kultúrny šok prežijeme aj po absolvovaní najkvalitnejšej prípravy. Prekonať kultúrny šok pomôže vzájomný rešpekt a tolerancia (Ivanová, Břichňáčová, 2020).

Význam výsledkov podobných výskumov je mnohostranný. Môže poslúžiť ako výučbový materiál v predmete Multikultúrne ošetrovatelstvo; pre sestry, ktoré sa rozhodli vycestovať za prácou do zahraničia; štúdie poskytujú cenné informácie pre organizácie sprostredkujúce prácu zdravotníkom v zahraničí i pre samotných zamestnávateľov – zahraničné zdravotnícke zariadenia, ktoré môžu nastaviť proces adaptácie.

Limitácie výskumu

Limitáciou štúdie je veľkosť súboru a obmedzenie na jedno zdravotnícke zariadenie. Počet respondentov bol limitovaný aj ochotou sestier participovať na výskume. Vyššiu mieru ochoty zúčastniť sa výskumu prejavovali sestry z Európskych krajín.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV
ALMUTAIRI K.M. Culture and language differen-

- ces as a barrier to provision of quality care by the health workforce in Saudi Arabia. *SaudiMed*. 2015; 36 (4): 425-431.
- BUTTON L., GREEN B., TENGNAH C. et al. The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: literature review. *AdvNurs*. 2005; 50 (3): 315-324.
- ERIKSON E., BERG S., ENGSTROM M. Internationally educated nurses' and medical graduates' experiences of getting a license and practicing in Sweden – a qualitative interview study. *BMC MedEduc*. 2018; 18: 296.
- HURYCHOVÁ T. Sestry na misích s lékaři bez hranic. In *Zborník Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. 2015; s.110-114. ISBN 978-80-8132-137-5.
- IVANOVÁ J., BŘICHŇÁČOVÁ J. Fenomén kulturního šoku, fáze adaptace na cizí kulturní prostředí. [online] 2020. [citované 22.6. 2020]. Dostupné na: <https://www.inkluzivniskola.cz/content/phenomen-kulturniho-soku-faze-adaptace-na-cizi-kulturni-prostredi>
- KILÍKOVÁ M. Možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti v kultúrne odlišných podmienkach ako hodnota, norma a artefakt. In *Zborník Ošetrovateľstvo naprieč kultúrami*. 2015; s.125-134. ISBN 978-80-8132-137-5.
- LUKŠOVÁ H., KUTNOHORSKÁ J., VRUBLOVÁ Y. Cultural shock of Czech healthcare professionals in Islamic countries. *Kontakt*. 2012; 14 (3): 250-260.
- MISTRÍK E. Kultúrny šok v rozvojovej pomoci. In: J. Lysý (ed.). *Globálne rozvojové vzdelávanie*. Bratislava: Album, 2007. ISBN 97880-968667-7-9. s. 64-80
- NMC. *Standards for pre-registration education*. [online]. 2010. [citované 20.6. 2020]. Dostupné na: <http://standards.nmc-uk.org/PreRegNursing/statutory/Standards/Pages/Standards.aspx>
- NMC. *Competencies for entry to the register - Adult nursing*. [online]. 2010. [citované 20.6. 2020] Dostupné na: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>
- OBERG K. Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments. *Reprint in Curare*. 2006; 29 (2):142-146.
- Wellington Hospital. [online]. [cit. 20.6.2020]. Dostupné na: <http://www.thewellingtonhospital.com>