ORIGINAL ARTICLE

KULTURNÍ ŠOK ČESKÝCH ZDRAVOTNÍKŮ V ISLÁMSKÝCH ZEMÍCH

Cultural shock of Czech healthcare professionals in Islamic countries

Hana Lukšová¹, Jana Kutnohorská², Yveta Vrublová³^{1,3}Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence²Institut zdravotnických studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Summary

The cultural dialogue, which is in European countries currently prevalently focused on a dialogue with the Muslim culture, occurs in an interaction with experiencing a cultural shock. People entering a new environment (different population, climate, customs, tradition, religion, etc.) can experience a cultural shock – a process of the adaptation to changes. It consists of several stages and takes individually different periods of time, exerts different degrees of intensity and is affected by many factors.

The target of the research was to bring a contribution to knowledge of effects of the foreign cultural environment on 15 Czech healthcare professionals. These were 10 general nurses working in Saudi Arabia and five healthcare professionals – members of the Czech Army participating in a mission to Afghanistan. Information about the cultural shock impacts was accumulated with the use of semi-structured interviews.

Cultural differences together with climate conditions and language barrier affected the adaptation process in the environment in terms of the time period necessary and capability of adaptation in the individuals. After the adaptation process, a considerable proportion of the Czech healthcare professionals negatively assessed the culture. The cultural shock stages take individually different periods of time and are affected by the total time of the stay, except for the honeymoon stage, which takes 2.5 weeks on average. Friends and working activity were particularly helpful at the recovery stage. In terms of the Czech culture, the healthcare professionals were mainly missing the freedom, Czech cuisine and Czech landscape. In the course of the cultural shock, the Czech healthcare professionals suffered from psychosomatic problems and most of them did not experience any rebound cultural shock.

The results of the research present information about the nature of still known stages of the cultural shock and about their dependence on the length of the stay and personality profile of the respondents.

Key words: cultural shock – culture – adaptation – nursing – healthcare professionals

Souhrn

Kulturní dialog, který je v současnosti v evropských zemích zaměřen převážně na dialog s muslimskou kulturou, je v interakci s prožíváním kulturního šoku. Člověk, který přichází do nového prostředí (lidé, klima, zvyky, tradice, náboženství atd.), může zažít kulturní šok – traumatický proces adaptace na změnu. Jde o proces, který má několik fází a trvá individuálně dlouhou dobu, nabývá různé intenzity a je ovlivněn mnoha faktory.

Submitted: 2011-12-09 • Accepted: 2012-06-05 • Published online: 2012-09-27

KONTAKT: 14/3: 250–260 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

Cílem výzkumu bylo přispět k poznání vlivu cizího kulturního prostředí na patnáct českých zdravotníků. Konkrétně se jednalo o deset všeobecných sester pracujících v Saúdské Arábii a pět vojáků – zdravotníků absolvujících misi v Afghánistánu. Poznatky dopadu kulturního šoku byly získané formou polostrukturovaných rozhovorů.

Kulturní rozdíly spolu s klimatickými podmínkami a jazykovou bariérou poznamenaly adaptační proces v daném prostředí jak v délce, tak v intenzitě schopnosti jednotlivců přizpůsobit se. Velká část českých zdravotníků hodnotí danou kulturu po adaptačním procesu negativně. Fáze kulturního šoku trvají individuálně dlouhou dobu a jsou ovlivněné celkovou dobou pobytu, výjimkou je fáze medových týdnů, která trvá v průměru 2,5 týdne. Ve fázi zotavení respondentům pomáhali především přátelé a práce. Z české kultury chyběla českým zdravotníkům především svoboda, česká kuchyně a příroda. Čeští zdravotníci v průběhu kulturního šoku trpěli psychosomatickými obtížemi a většina z nich po návratu domů neprožívala zpětný kulturní šok.

Výsledky výzkumu vypovídají o naplnění dosud poznaných fází kulturního šoku a jejich závislosti na délce pobytu a osobnostním profilu respondentů.

Klíčová slova: kulturní šok – kultura – adaptace – ošetřovatelství – zdravotničtí pracovníci

ÚVOD

V dnešním globalizujícím se světě nabývá kulturní šok – poznání jeho vlivu – na významu coby téma hodné diskuse.

Poprvé tento termín použil antropolog Cora Du Bois v roce 1951, přičemž vycházel ze své vlastní zkušenosti (Kutnohorská, 2007). Dalším antropologem, který se věnoval tomuto jevu, byl Kalervo Oberg (1901–73). Oberg důsledně popsal kulturní šok a především v roce 1954 uvedl jeho čtyři fáze:

1. Fáze medových týdnů (honeymoon) neboli fáze líbánky – jedinec je fascinován a nadšen vším novým, prožívá pocit euforie.
2. Fáze krize (crisis) – jedná se o fázi, kdy se cizinec začíná realizovat v novém prostředí. Objevují se zde pocity úzkosti, frustrace a hněvu. Cizinec se vyznačuje nepřátelským a agresivním postojem vůči hostitelské zemi. V této fázi člověk začíná mít problémy, které mohou vyvrcholit až nervovým zhroucením.
3. Fáze zotavení (recovery) – cizinec hledá přiměřené modely chování v novém prostředí, učí se nové kultuře a snaží se ji pochopit. Dochází k určité psychické vyrovnanosti osoby.
4. Fáze přizpůsobení (adjustment) – jedinec akceptuje hostitelskou zemi a její zvyky. Realizuje se plnohodnotně a bez pocitu úzkosti. Je plně adaptovaný a získal kompletní

přehled o kultuře nové země a dokonce se z ní těší (Oberg, ročník neuveden).

Po návratu do země původu se většinou vyskytuje u jedinců i re-entry shock (zpětný kulturní šok). Problémy jsou nečekané a jsou tím větší, čím adaptace jedince v hostitelské zemi proběhla lépe. Jedinec zjišťuje, že se na jednu neumí zorientovat v prostředí, ve kterém vyrostl a má své kořeny, to se může projevit úzkostí a pocity nejistoty (Kutnohorská, 2007).

Kulturní šok i zpětný kulturní šok (re-entry shock) se může projevovat psychickými i fyzickými příznaky, které ať už ve větší, či menší míře mohou narušit běžné fungování osoby. Pokud se takto ohrožený jedinec vyskytne ve zdravotnickém zařízení, musí být péče o něho kulturně uzpůsobená a vycházet z kulturního kontextu pacienta (Campinha-Bacote, 2010).

Kalervo Oberg také uvedl šest negativních charakteristik kulturního šoku:

1. Napětí a stres v souvislosti s psychologickou adaptací.
2. Strádání vzniklé z odloučení od přátel a rodiny, ztráty společenského postavení a role, ztráty osobního majetku.
3. Obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou.
4. Zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě.

5. Neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností.
6. Pocity bezmocnosti a bezradnosti, frustrace a deprese.

Jak již bylo uvedeno, u jedince se v průběhu kulturního šoku mohou vyskytnout fyzické a psychické příznaky. Doktorka Carmen Guanipa, venezuelská odbornice v oboru psychologie a multikultury, popisuje kulturní šok jako fyzický i psychický dyskomfort, kterým trpí osoba při pobytu v cizí zemi, místě odlišném od místa původu. Doktorka Guanipa vytvořila konkrétní seznam symptomů kulturního šoku:

- smutek a melancholie;
- pocity osamělosti a izolace;
- pocity odlišnosti od ostatních;
- fyzické obtíže: bolesti hlavy, nevolnost, nechutenství;
- nespavost, potíže s usínáním nebo naopak nadměrný spánek a únava;
- změny temperamentu;
- pocity zranitelnosti a bezmocnosti;
- deprese;
- zlost, podrážděnost, rozmrzelost;
- neochota spolupracovat s jinými lidmi;
- identifikace s předchozí kulturou a idealizace předchozí kultury a země původu;
- ztráta identity;
- snaha intenzivně absorbovat všechno v nové zemi a její kultuře;
- neschopnost řešit běžné problémy;
- nedostatek důvěry a odvahy;
- pocity nepřiměřenosti a nejistoty;
- rozvoj stereotypů v nové kultuře;
- touha a stesk po rodině;
- pocity být ztracen, přehlížen, vykořisťován a zneužíván (Guanipa, 1998).

Zdravotníci cestují za prací do zahraničí dobrovolně s vidinou lepšího výdělků nebo je to součástí jejich pracovní povinnosti. Střetávají se zde s nejrůznějšími kulturními rozdíly, jinými životními podmínkami, jiným klimatem a stejně jako ostatní jsou ohroženi kulturním šokem.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda se kulturní šok opravdu vyskytuje u zdravotnických pra-

covníků, jak se projevuje a jak dlouho trvá jeho fáze. Dále nás zajímalo, jak respondenti budou vnímat cizí kulturu. Proto jsme oslovily zdravotníky, kteří pracovali nebo stále pracují v zahraničí.

METODIKA

Využily jsme kombinaci kvalitativní a kvantitativní metody. Nejdříve byli respondenti uvedeni do problematiky kulturního šoku, do jeho fází i symptomů. Na základě toho jsme získaly jejich zájem ke spolupráci. Pracovaly jsme technikou polostrukturovaného rozhovoru, jehož první část se týkala demografických údajů respondenta a druhá část tvořících se zabývala konkrétně problematikou kulturního šoku. Ptaly jsme se na délku jednotlivých fází kulturního šoku; na faktory, které jim pomohly ve fázi zotavení; na zvládnutí adaptace; na to, co jim nejvíce chybělo a co bylo pro ně nejtěžší; co shledávali na dané kultuře sympatické a co jim vadilo a zda se jejich názor na danou kulturu po adaptaci změnil; zda se u nich vyskytl zpětný kulturní šok. U těchto otázek se respondenti mohli volně vyjádřit. Otázka, zjišťující kdo respondentům pomáhal zvládat krizové situace, nabízela možnost výběru ze čtyř položek (psycholog, kněz, čeští zdravotníci, pomoc jsem nevyhledával/a), popřípadě si mohli zvolit svou vlastní odpověď. U otázky týkající se symptomů kulturního šoku jsme využily seznam symptomů dle doktorky Carmen Guanipy (1998). Zde respondenti uváděli, zda se daný symptom u nich vyskytl, či nikoli. Dále v rozhovoru byla uvedena otázka týkající se šesti negativních charakteristik kulturního šoku, které vypracoval antropolog Kalervo Oberg již v roce 1960. Respondenti měli vyjádřit, jak je intenzivně prožívali.

Do souboru výzkumného šetření byli zařazeni nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří museli splňovat dvě základní kritéria. Prvním bylo vykonávat svou zdravotnickou praxi v zahraničí a druhým bylo projevit zájem o spolupráci na výzkumu. Sběr dat byl velmi náročný a komplikovaný. Obtížné bylo získat dostatečný počet respondentů splňujících kritéria. Oslovení respondenti na dotaz, zda se zúčastní výzkumu, odpovídali kladně, ale u mnohých ke konkrétní realizaci polostrukturo-

rovaného rozhovoru nedošlo. Projevila se u nich neochota, důvody nejsou známy. Proto jsme oslovily dva zdravotníky mající zkušenost se zahraničním pracovním pobytem. Jednalo se o zdravotní sestru, která v téže době pobývala v rijádské nemocnici, a vojáka z povolání – zdravotníka, který v minulosti absolvoval misi v Afghánistánu. Oba nám poskytli kontakty na další zdravotníky. Výzkum se sběrem dat neprobíhal pouze formou slovních rozhovorů, ale i pomocí internetové komunikace a písemnou formou. Při prepisech rozhovorů jsme dodržovaly autenticitu jejich vyjadřování, i když nezřídka zněla pejorativně, někdy až hrubě.

Data získaná z otevřených otázek jsme kategorizovaly. Výsledky byly zpracovány do tabulek. Rozdělení odpovědí v tabulkách podle destinace bylo cílené. Účastníci výzkumu odpovídali na otázky více možnostmi, které byly zaznamenány a následně zpracovány. Tyto odpovědi byly osamoceny, proto je výsledný absolutní počet odpovědí vyšší než počet respondentů.

VÝSLEDKY

Výzkumného šetření se zúčastnili zdravotníci, kteří pracovali nebo pracují v Saúdské Arábii a Afghánistánu. Dohromady se výzkumu zúčastnilo 15 zdravotníků (10 pracujících v Saúd-

ské Arábii a 5 v Afghánistánu). Jednalo se především o všeobecné sestry a vojáky z povolání – zdravotníky. Byli to zdravotníci s různým stupněm vzdělání v ošetřovatelství, avšak největší část tvořili absolventi vysokých a vyšších odborných škol, dále také středoškoláci. Jedním z dotazovaných byl absolvent specializačního kurzu, který mu umožnil pracovní zařazení jako sběrač raněných (jehož náplní práce je sběr a svoz raněných z bojiště, poskytování první pomoci raněným nebo výkon pomocných prací na obvažišti). Průměrná délka pobytu v zahraničí se ve značné míře lišila podle destinace, a to tak, že v Saúdské Arábii zdravotníci pracovali v průměru 4,1 roku. Mise v Afghánistánu trvala průměrně 6,6 měsíce. Délka pracovního pobytu respondentů v Saúdské Arábii se pohybovala v rozmezí 2 až 10,5 let. Mise v Afghánistánu dosahovala maximální délky 7 měsíců.

Výsledky byly zpracovány podle otázek polostrukturovaného rozhovoru. Zde uvádíme hlavní získané výsledky.

Délka pobytu, ale i podmínky se podstatně lišily, měly vliv na popis délky jednotlivých fází kulturního šoku. Výjimkou byla první fáze – fáze medových týdnů, která trvala v průměru 2,5 týdne – bez ohledu na místo pobytu. Konkrétní popis délky jednotlivých fází je znázorněn v tab. 1.

Tabulka 1 Délka fází kulturního šoku u zdravotníků pracujících v zahraničí

	respondent/ka	1. fáze – fáze medo- vých týdnů	2. fáze – fáze krize	3. fáze – fáze zotavení	4. fáze – fáze přizpůsobení
Saúdská Arábie	R1	2 týdny	2 měsíce	4 měsíce	6 měsíců
	R2	1 měsíc	2 měsíce	3 měsíce	4 měsíce
	R3	3 týdny	2 měsíce	2 měsíce	po 1.-3. fázi až dosud = 3,10 roku
	R4	2 týdny	6 měsíců	6 měsíců	dosud = 2,96 let
	R5	1 týden	1 měsíc	6 měsíců	nikoli
	R6	3 týdny	3 měsíce	3 měsíce	dosud = 2,43 roku
	R7	2 týdny	2 měsíce	3 měsíce	5 měsíců
	R8	2 týdny	2 měsíce	3 měsíce	dosud = 2,5 roku
	R9	2 týdny	6 měsíců	6 měsíců	dosud = 1,9 roku
	R10	1 týden	2 měsíce	6 měsíců	dosud = 3,31 roku
Průměrná délka		2,2 týdne	2,8 měsíce	4,2 měsíce	1,74 roku

* pokračování tab. 1 na další straně

* pokračování tab. 1

	respondent/ka	1. fáze – fáze medo- vých týdnů	2. fáze – fáze krize	3. fáze – fáze zotavení	4. fáze – fáze přizpůsobení
Afghánistán	R11	2 týdny	2 týdny	3 týdny	zbytek mise (5 měsíců)
	R12	6 týdnů	Nepozoroval/a jsem ji	Nepozoroval/a jsem ji	4,5 měsíce
	R13	2 týdny	1 týden	2 týdny	3 měsíce
	R14	2 týdny	2 týdny	2 týdny	5 měsíců
	R15	2 týdny	Nepozoroval/a jsem ji	5 měsíců	zbytek mise (1 měsíc)
Průměrná délka		2,8 týdne	1 týden	5,4 týdne	3,7 měsíce

Zdravotníci pracující v zahraničí uváděli více možností, které jim pomáhaly ve třetí fázi kulturního šoku – fázi zotavení (tab. 2). Nejčastěji respondenti uváděli přátele a práci, ale

vyskytl se zde i názor, že fázi zotavení zvládali díky finančnímu ohodnocení práce, hudbě a sportu.

Tabulka 2 Faktory pomáhající zdravotníkům ve fázi zotavení

Země působení zdravotníků	odpovědi	počet
Saúdská Arábie	přátele	5
	využívání benefitů poskytovaných zaměstnavatelem	2
	poznání nových lidí	3
	práce	4
	vzdělávání	2
	finanční ohodnocení práce	1
	získání nových zkušeností	2
Afghánistán	přátele	2
	sport	1
	práce	1
	rodina	2
	kolegové	1
	hudba	1
	fázi krize jsem u sebe nepozoroval/a	1

Podle výsledků výzkumu všichni zdravotníci zúčastnění výzkumu adaptaci v cizí kultuře zvládli, avšak důvody, které uváděli, byly různé. Co se týče respondentů z Afghánistánu, tak hodnotili své zvládnutí adaptace na základě nevyskytnutí se žádné krize a problémů.

U respondentů ze Saúdské Arábie tomu bylo jinak. Buď důvody nebyly uvedeny, nebo vypovídali, že zvládnutí adaptace bylo obtížné. Spokojenost a zvládnutí pracovního procesu byly uváděné jako příznaky zvládnutí adaptace. Jedna všeobecná sestra říkala, že adaptaci

zvládla, jinak by v Saúdské Arábii nevydržela tak dlouho.

Na otázku, co českým zdravotníkům v zahraničí nejvíce chybělo z české kultury, odpovídali různorodě, avšak některé odpovědi se netýkaly přímo kultury, ale např. rodiny, přátel

a sexu. Jak je vidět v tabulce 3, zdravotníkům v zahraničí z české kultury chyběla volnost, svoboda, svoboda názoru. Fenomény, u kterých zdravotníci pociťovali absenci, byly česká příroda a česká kuchyně, někteří ji specifikovali na český chléb a pivo.

Tabulka 3 Fenomény absence české kultury

Země působení zdravotníků	odpovědi	počet
Saúdská Arábie	české prostředí – příroda	5
	česká kuchyně	2
	pivo	1
	svoboda (volnost)	6
	svoboda názoru	2
	uznání – postavení ženy	1
	společenský život	1
	české kulturní programy – divadlo, kino	1
	neuvádějí faktory kultury, ale rodinu	1
	neuvádějí faktory kultury, ale přátele	4
Afghánistán	česká kuchyně	2
	pivo	2
	český chléb	1
	stromy	1
	zelená barva	1
	české televizní programy	1
	volnost	1
	neuvádějí faktory kultury, ale rodinu	2
	neuvádějí faktory kultury, ale sex	2

Tabulka 4 týkající se problematiky zátěžové situace v průběhu adaptace odhaluje, co bylo pro zdravotníky pracující v zahraničí nejtěžší. Výpovědi respondentů byly odlišné ve vztahu k zemi, ve které pobývali. V Saúdské Arábii

bylo pro české zdravotníky nejtěžší podřídit se tamní kultuře. Dalším aspektem, který komplikoval adaptaci, byly rozdílné klimatické podmínky – tak vypovídali jak zdravotníci pracující v Saúdské Arábii, tak v Afghánistánu.

Tabulka 4 Zátěžové situace v průběhu adaptačního procesu

Místo působení zdravotníků	odpovědi	počet
Saúdská Arábie	podřít se tamní – muslimské – kultuře	6
	cizí kultura	1
	jazyková bariéra	3
	zcela odlišný způsob života	2
	odlišné klimatické podmínky	2
Afgánistán	odloučení od rodiny	1
	časový posun a s ním související únava	1
	odlišné klimatické podmínky	1
	cizí kultura	1
	strach o život	1
	pocit „jakéhosi vakua“	1

U otázky „kdo vám pomáhal zvládat krizové situace“ měli respondenti možnost výběru ze čtyř položek (psycholog, kněz, čeští zdravotníci, pomoc jsem nevyhledával/a), popřípadě si zvolit svou vlastní odpověď. Někteří zdravotníci pomoc při krizových situacích nevyhledávali. Další přiznávají, že pomoc vyhledávali u ostatních českých zdravotníků a také využili možnosti a volně se vyjádřili. Zde uváděli: přátelé buď stejné, nebo podobné kultury a také ostatní zdravotníky.

Odpovědi týkající se pozitiv cizí kultury byly zajímavé v tom, že většina respondentů neuváděla konkrétně pozitiva dané kultury. Jeden z respondentů vidí pozitivum v tom, že daná kultura přináší získání nových zkušeností. Účastníci výzkumu uvedli, že na cizí kultuře neshledávají pozitivního nic, takto vypovídali zdravotníci pobývající v Saúdské Arábii i Afgánistánu. Zdravotník vykonávající svou

práci v Afgánistánu pozitivně hodnotil formální projevování úcty místních obyvatel při vzájemném jednání.

Čeští zdravotníci negativně hodnotí na kultuře v Saúdské Arábii postavení ženy ve společnosti. Respondentem, který hodnotil Afgánistán, bylo uvedeno, že se mu nelíbí místní násilí na ženách a hrubé zacházení s nimi. Další dotázaní shledávali na místní kultuře negativní vše. Odpovědi zdravotníků pracujících v Afgánistánu se poměrně lišily od těch ze Saúdské Arábie. Rozpor mezi sliby, slovy a činy místních obyvatel, náboženské aspekty dané kultury, které zasahují do každodenního života, a to, že kultura je nepochopitelná, byly výpověďmi respondentů, kteří byli na misi v Afgánistánu.

Dotazovaní hodnotí cizí kulturu po adaptačním procesu často negativně, ale velká část ji respektuje (tab. 5).

Tabulka 5 Změna pohledu na cizí kulturu (Saúdská Arábie, Afgánistán)

Místo působení zdravotníků	odpovědi	počet
Saúdská Arábie	ano, změnil, spíše negativně	4
	ano, negativně, ale respektuji ji	3
	ne, nezměnil	2
	ne, nezměnil, ale je zde mnoho věcí, se kterými nesouhlasím	1
Afgánistán	ano, změnil, spíše negativně	2
	ano, změnil, místní obyvatelé nebyli zas tak strašní, jak jsem se domníval/a	1
	po čase jsem pochopil/a chování místních obyvatel	1
	byl/a jsem k dané kultuře tolerantní a takový/á jsem i zůstal/a	1

Z analýzy získaných odpovědí vyplývá, že většina zdravotníků zúčastněných výzkumu po návratu do země svého původu zpětný

kulturní šok (re-entry shock) neprožila. Tabulka 6 poskytuje konkrétní popis této problematiky.

Tabulka 6 Prožívání zpětného kulturního šoku (re-entry shock)

	Místo působení zdravotníků		celkem
	Saúdská Arábie	Afghánistán	
ano	3	0	3
určitě ano, zpětný kulturní šok trvá krátkou dobu	1	0	1
ne	5	4	9
nevím, ale těsně po návratu jsem měl/a zvláštní pocit: už nejsem tam, ale ještě nejsem psychicky tady	0	1	1
domů se teprve chystám	1	0	1

Naprostu nejčastěji voleným symptomem kulturního šoku v seznamu vytvořeném Carmen Guanipou byla touha a stesk po rodině. Dotázaní také trpěli pocity osamělosti a izola-

ce. Někteří respondenti trpěli i fyzickými obtížemi, konkrétně uvedli bolesti hlavy, únavu a alergii. Další symptomy poskytuje tabulka 7.

Tabulka 7 Symptomy kulturního šoku (dle Carmen Guanipy)

	Místo působení zdravotníků		celkem
	Saúdská Arábie	Afghánistán	
smutek a melancholie	5	2	7
pocity osamělosti a izolace	10	1	11
pocity odlišnosti od ostatních	9	1	10
rozmanité fyzické obtíže: bolesti hlavy, nevolnost, nechutenství, alergie	6	0	6
nespavost, potíže s usínáním nebo naopak nadměrný spánek a únava	2	1	3
změny temperamentu	0	1	1
pocity zranitelnosti a bezmocnosti	7	0	7
deprese	4	0	4
zlost, podrážděnost, rozmrzelost	1	2	3
neochota spolupracovat s jinými lidmi	0	0	0
identifikace s předchozí kulturou a idealizace předchozí kultury a země původu	1	2	3
ztráta identity	0	1	1
snaha intenzivně absorbovat vše v nové zemi a její kultuře	3	2	5
neschopnost řešit běžné problémy	0	0	0
nedostatek důvěry a odvahy	2	0	2
pocity nepřiměřenosti a nejistoty	5	0	5
rozvoj stereotypů v nové kultuře	4	2	6
touha a stesk po rodině	8	5	13
pocity být ztracen, přehlížen, vykořisťován a zneužíván	2	2	4

Účastníci výzkumu měli vyjádřit na číselné stupnici (od 1 do 6), jak subjektivně prožívali šest negativních charakteristik kulturního šoku dle Kalerva Oberga. Přičemž jednička činila nejvyšší intenzitu a šestka nejnižší. Na základě výsledků jsme vypočítaly průměrné hodnoty, které byly zdravotnickými pracovníky přidělovány k šesti negativním charakteristikám kulturního šoku nejčastěji. Z tabulky 8b vyplývá,

že *pocity ztráty nebo deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku* byly prožívány nejnintenzivněji – jelikož mají nejnižší hodnotu. Takto se postupovalo i u dalších položek. Nejvyšší hodnotu mají: *obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou*, takže byly zdravotníky prožívány v nejnižší intenzitě.

Tabulka 8a Šest negativních charakteristik kulturního šoku (dle Kalerva Oberga)

	stupnice					
	1	2	3	4	5	6
	Počet respondentů					
napětí a stres v souvislosti s psychologickou adaptací	4	3	1	4	0	3
pocity, ztráty nebo deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku	7	3	3	2	0	0
obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou	1	1	1	1	5	6
zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě	0	4	0	2	6	3
neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností	2	3	6	4	0	0
pocity bezmocnosti a bezradnosti, frustrace a deprese	1	1	4	2	4	3

Tabulka 8b Průměrné hodnoty uváděné na stupnici od 1 do 6 (dle Kalerva Oberga)

	Průměrná hodnota na stupnici od 1 do 6
napětí a stres v souvislosti s psychologickou adaptací	3,13
pocity, ztráty nebo deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku	2,00
obavy z odmítnutí nebo pocity odmítnutí novou kulturou	4,73
zmatek v definování rolí, očekávaných pocitech a identitě	4,26
neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností	2,80
pocity bezmocnosti a bezradnosti, frustrace a deprese	4,06

DISKUSE

V našem výzkumu jsme chtěly zjistit, jak skutečně kulturní šok probíhá a jak ho prožívají čeští zdravotníci pracující v zahraničí. Ukázalo se, že čeští zdravotníci adaptační proces (kulturní šok) v cizí kultuře zvládají do jisté míry i bez pomoci druhých. Jestliže se naši respondenti ocitli ve zcela odlišném kulturním prostředí, jako jsou Saúdská Arábie a Afghánistán, není překvapivé, že za nejtěžší v průběhu jejich adaptace považovali rozdílnost kultu-

ry a podřízení se jí. Proto se můžeme domnívat, že rozdílnost kultury má podstatný vliv na adaptační proces jedinců. To potvrzuje i výroky Bochnera (2003), který uvádí, že kulturní odlišnosti ovlivňují délku a intenzitu kulturního šoku. V našem případě hraje významnou roli i skutečnost, že obě skupiny byly v zahraničí za jiných okolností a podmínek. Zdravotníci na misi v Afghánistánu žijí v určité své komunitě, společně s ostatními vojáky stejné nebo podobné kultury a nemusí se podřizovat

kultuře místní, i když ji zcela určitě reflektují. Naopak je tomu, když se všeobecná sestra rozhodne vycestovat za prací do Saúdské Arábie. Pak musí počítat s tím, že se bude muset podřídít místní kultuře. Bude se muset řídit tamními zákony a zvyky. Na této skutečnosti lze vysvětlit fakt, že i přesto, že adaptaci zvládli všichni bez ohledu na zemi působení, tak pro část zdravotníků v Saúdské Arábii byla adaptace obtížná. I po adaptačním procesu většina respondentů hodnotí cizí kulturu negativně, avšak někteří z nich se k ní staví tolerantně. Negativně hodnotí především postavení ženy ve společnosti a náboženské aspekty.

Kulturní šok je charakteristický svými čtyřmi fázemi (Oberg, ročník neuveden), které mohou trvat individuálně dlouhou dobu, což potvrdil i náš výzkum. Zjistily jsme, že délka jednotlivých fází je ovlivněna celkovou délkou pobytu v zahraničí, výjimku tvoří fáze medových týdnů (1 fáze). Její trvání je přibližně stejné (v průměru 2,5 týdne) u jedinců, kteří stráví v cizině pár měsíců, jako u těch, kteří tam jsou několik let. I když na základě výzkumu byly zjištěny průměrné délky jednotlivých fází kulturního šoku, je nutné dodat, že se jedná o problematiku, která je ovlivněna mnoha faktory a je silně individuální. To potvrzuje i poznatky Bochnera a Furnhama (1986), kteří uvádějí velký výčet determinant kulturního šoku (např. interpersonální faktory, lokalita, délka pobytu). Ve fázi zotavení bylo zdravotníkům nápomocno mnoho faktorů jako například přátelé a práce.

Dá se spekulovat o tom, že absence české kultury nebyla pro některé české zdravotníky tak podstatná, jelikož uváděli místo faktorů kultury rodinu, přátele. To potvrzuje názory odborníků (např. Pantelidou, Craig, 2006), kteří zdůrazňují význam psychosociální opory. Z české kultury respondentům chyběla svoboda, česká kuchyně a česká příroda, ale i divadlo a kino.

Pravdou je, že symptomy, které uvádí Carmen Guanipa (1998), se ve velké míře vyskytovaly i u našich respondentů. Nebyly uvedeny pouze dva: neschopnost řešit problémy a neochota spolupracovat. Nejčastěji se vyskytovaly symptomy: touha a stesk po rodině, pocity osamělosti a izolace, pocity odlišnosti od ostat-

ních, smutek, melancholie, pocity zranitelnosti a bezmocnosti. Nejintenzivněji byly prožívány pocity ztráty a deprivace vyplývající z odloučení od přátel, ztráty společenského postavení, role a osobního majetku a také neočekávaná úzkost, zklamání, nechuť nebo rozhořčení týkající se kulturních odlišností. K fyzickým obtížím patřily: bolesti hlavy, alergie, únava. Z uvedených údajů můžeme učinit závěr, že nejčastěji uváděné symptomy souvisejí s absencí rodiny a všeho, co je zdravotníkovi blízké a co určitou dobu ve své rodné zemi budoval.

Většina českých zdravotníků po návratu domů neprožívala zpětný kulturní šok, i když je odbornou literaturou (Adler, 1981; Re-Entry Shock, ročník neuveden) popisován jako intenzivnější než samotný kulturní šok – náš výzkum tyto závěry nepotvrdil. Tím se otevírá prostor pro další výzkum.

ZÁVĚR

I když je v našem výzkumu reflektováno prožívání kulturního šoku u zdravotnických pracovníků, nikoli klientů ošetrovatelské péče, může nám tento materiál posloužit jako důkaz, že jedinci v odlišném kulturním prostředí prožívají kulturní šok s psychosomatickými potížemi. To může být nápomocno v ošetrovatelské péči o nemocné cizince. Ošetrovatelský personál může pochopit, co jejich pacienti právě prožívají. Proto je důležité při ošetrovatelské péči cizinců brát v úvahu přítomnost kulturního šoku, který by v nemocnicích nebo jiné ústavní péči mohl nabýt ještě větší intenzity, a to hlavně z důvodu absence sociální opory. Při nerespektování těchto poznatků může dojít k nesprávné diagnostice (skryté zdravotní problémy) a následné neadekvátní ošetrovatelské péči. Stejně jako znalost aspektů kulturního šoku, tak kulturních odlišností jedince může vést ke snížení intenzity kulturního šoku. Vhodná ošetrovatelská péče zaměřená na potřeby jedince, vycházející z jejich kulturních odlišností, by mohla pomoci v adaptaci na nové kulturní prostředí.

Význam výsledků je dvoustranný. Jak již bylo řečeno, má význam pro zdravotníky pečující o pacienty cizí kultury. Dále může také posloužit zdravotnickým pracovníkům (a nejen jim), kteří se rozhodli vycestovat za

prací do zahraničí. Poslouží jim jako informační materiál, jak adaptaci v cizí kultuře prožívali jejich předchůdci. Již Junzi Xia (2009) ve svém článku uvádí, že připravenost na možnost výskytu kulturního šoku může značně snížit jeho projevy.

Získané informace by mohly posloužit organizacím zprostředkovávajícím práci v zahraničí českým zdravotníkům. Tyto organizace by mohly poskytovat poradenství, jak překonat kulturní šok nebo zmírnit jeho intenzitu. Je důležité, aby každý jedinec, který se chystá vycestovat do zahraničí, byl připraven na výskyt kulturního šoku a na aspekty odlišného kulturního prostředí.

LITERATURA

1. Adler NJ (1981). Re-Entry: Managing Cross-Cultural. Group Organization Management. 6/3: 341–356.
2. Bochner S (2003). Culture shock due to contact with unfamiliar cultures. Reading in Psychology and Culture. Konec formuláře[online] [cit. 2010-07-29]. Dostupné z: <http://www.ac.wvu.edu/~culture/Bochner.htm>
3. Bochner S, Furnham A (1986). Culture shock. Psychological reactions to unfamiliar environments. [online] [cit. 2010-07-29]. Dostupné z: http://books.google.com/books?id=GbsNAAAAQAAJ&printsec=frontcover&dq=bochner+and+cultural+shock&hl=cs&ei=T5dSTL24AeWnsQbrld3IAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=bochner%20and%20cultural%20shock&f=false
4. Campinha-Bacote J (2010). Transcultural Care Associates. Working Nurse. [online] [cit. 2010-08-28]. Dostupné z: <http://www.workingnurse.com/articles/Josepha-Campinha-Bacote-Ph-D-Transcultural-Care-Associates>
5. Guanipa C (1998). Culture Shock. [online] [cit. 2010-07-29]. Dostupné z: <http://edweb.sdsu.edu/people/cguanipa/cultshok.htm>Konec formuláře
6. Kutnohorská J (2007). Kulturní šok – hledání identity – multikulturní péče, s. 93–98. In: Evropská identita v podmínkách evropské integrace. Sborník z mezinárodní vědecké konference konané ve dnech 26.–27. 10. 2006. Opava: Slezské muzeum, Slezská univerzita v Opavě, Informační kancelář Rady Evropy v Praze.
7. Oberg K (ročník neuveden). Culture shock. [online] [cit. 2010-07-29]. Dostupné z: www.smc.edu/academics/international/pdf/cultureshockarticle.pdf
8. Pantelidou S, Craig TKJ (2006). Culture shock and social support, A survey in Greek migrant students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 41/10: 777–781.
9. Re-Entry Shock (ročník neuveden). [online] [cit. 2010-07-29]. Dostupné z: <http://www.evergreen.edu/studyabroad/docs/reentryshock.pdf>
10. Xia J (2009). Analysis of Culture Shock on Individual Psychology. [online] [cit. 2010-11-20]. Int J Psychol Stud. 1/2: 97–101. Dostupné z: www.ccsenet.org/journal/index.php/ijps/article/download/4510/384

✉ Kontakt:

Mgr. Hana Lukšová, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
E-mail: hankaluksova@seznam.cz