



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Postoj ke zdraví a nemoci v muslimském světě

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Dominika Novotná

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Postoj ke zdraví a nemoci v muslimském světě*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 5. 2024

.....

Bc. Dominika Novotná

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, ochotu, trpělivost a věnovaný čas. Děkuji také všem probandům, kteří se ochotně zapojili do mého výzkumu a mé rodině, která mě velmi podporovala.

Postoj ke zdraví a nemoci v muslimském světě

Abstrakt

Tato diplomová práce s názvem „Postoj ke zdraví a nemoci v muslimském světě“ se zabývá zmapováním specifík, jak je v muslimském světě vnímáno zdraví a nemoc. Na základě tohoto cíle byly sestaveny čtyři výzkumné otázky, které znějí: „Jak muslimové vnímají hodnotu zdraví?, Jak muslimové vnímají nemoc?, Jak muslimové vnímají péči poskytovanou veřejným zdravotnickým systémem a jaké mají představy a očekávání?, Jaké bylo setkání s poskytovanou péčí? Splnila jejich očekávání?“.

Teoretická část je zaměřena na tři hlavní oblasti: transkulturní ošetřovatelství, islám a specifika v ošetřování muslimských pacientů. Každá oblast popisuje základní pojmy, se kterými se následně pracuje ve výzkumné části. Zejména se pak v této části jedná o model vycházejícího slunce, koncepce a teorii péče. Ve druhé části jsou rozebírány pojmy, které jsou podstatné pro islám, ať už se jedná o proroka Muhammada, Korán či pět pilířů islámu. V poslední části je rozebrána teorie týkající se péče o muslimského pacienta. Zde je nutné věnovat pozornost zejména komunikaci s pacientem, dodržování osobního prostoru, postoji ke zdraví a nemoci a jaká jsou specifika.

Empirická část této diplomové práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením technikou polostrukturovaných rozhovorů, pomocí kterých byla získávána data jako podklad pro další zkoumání. Tyto rozhovory obsahovaly celkem dvacet dva otázek, které byly zaměřeny na význam a rozdíly ve vnímání zdraví v životě muslima, prevenci a péči o zdraví, význam a chápání nemoci, a veřejný zdravotnický systém. Polostrukturovaný rozhovor byl koncipován tak, aby poskytl odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky, a především aby získal podrobné informace, které se týkaly vnímání zdraví a nemoci. Výzkumný soubor byl tvořen šesti muslimy, kteří žijí na území České republiky. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány, přepsány a zpracovány metodou tužka – papír.

Výsledky celého výzkumného šetření jsme rozdělili celkem do čtyř základních kategorií, které obsahují čtrnáct podkategorií. Výsledky této práce dávají ucelené informace o vnímání nemoci a zdraví v muslimském světě, prevenci a veřejném zdravotnickém systému. Bylo prokázáno, že veřejný zdravotnický systém v České republice je dle muslimů na vysoké úrovni a mohou se na něj spolehnout. Největším problémem je však nedostatečná erudovanost zdravotnického personálu v oblasti poskytování kulturně

vhodné péče pacientovi vyznávající islám.

Na základě získaných a zpracovaných dat byl vytvořen materiál, který je možné rozšiřovat zdravotnickému personálu, díky kterému se mohou jednoduchou formou dozvědět základní specifika v péči o muslimského pacienta a předejít tak nežádoucím problémům, zpříjemnit pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení a být mu nápomocen v těžkých životních situacích.

Klíčová slova

Islám; muslim; zdraví; nemoc; zdravotnictví; Česká republika

Attitudes toward Health and Illness in Muslim World

Abstract

This master thesis researches the perception of health and illness in the Muslim world. It aims to map out specific viewpoints related to health and disease within this context. The research is guided by four key questions: How do Muslims perceive the value of health?, How do Muslims perceive illness?, What was their views on healthcare provided by the public health system, and what expectations do they have?, What has been their experience with the care they received? Did it meet their expectations?

The theoretical part of the thesis focuses on three main areas: transcultural nursing care, Islam, and specific considerations in treatment of Muslim patients. Each area introduces fundamental concepts that are subsequently explored in the research section. Hence, the theoretical part covers the concept of the “rising sun” model, the theory of care, and the importance of understanding cultural nuances. In the second part, the thesis focuses on terms relevant to Islam, including the Prophet Muhammad, the Quran, and the five pillars of Islam. The final section discusses theories related to caring for Muslim patients, emphasizing communication, respect for personal space, attitudes toward health and illness, and unique particularities.

The empirical part of the thesis was elaborated through qualitative research using semi-structured interviews. A total of twenty-two questions were posed to six Muslim participants residing in the Czech Republic. These interviews provided valuable data for further exploration. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using a pen-and-paper method.

The results of the entire research study were categorized into four main areas, containing a total of fourteen subcategories. These findings provide comprehensive insights into the perception of health and illness in the Muslim world, as well as aspects related to prevention and the public healthcare system. It was proved by the study that the public healthcare system in the Czech Republic is highly regarded by Muslims, who can rely on

its services. However, a significant challenge lies in the insufficient cultural competence of healthcare personnel when providing care to patients who adhere to Islam.

Based on the collected and analyzed data, educational materials have been developed. These materials aim to enhance the knowledge of healthcare professionals, enabling them to understand the fundamental specifics of caring for Muslim patients. By doing so, healthcare providers can proactively address potential issues, improve the patient experience during their stay in healthcare facilities, and offer valuable support during challenging life situations.

Key words

Islam; muslim; health; illness; healthcare; the Czech Republic

Obsah

Úvod.....	11
1 Transkulturní ošetrovatelství	13
1.1 Madeleine M. Leiningerová.....	14
1.1.1 Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče	15
1.1.1.1 Premisy teorie	15
1.1.1.2 Hlavní jednotky.....	16
1.1.1.3 Metaparadigmatické koncepce	17
1.1.1.4 Pojmy a konstrukty transkulturního ošetrovatelství	18
1.1.1.5 Analýza „modelu vycházejícího slunce“	19
2 Islám	23
2.1 Význam Islámu	23
2.2 Prorok Muhammad	24
2.3 Chalífát.....	25
2.4 Trilogie Islámu.....	26
2.5 Korán	27
2.6 Pět pilířů Islámu.....	27
2.6.1 Šaháda.....	28
2.6.2 Zakát	28
2.6.3 Saum	29
2.6.4 Salát	29
2.6.5 Hadždž	30
2.7 Šaría	31
2.8 Sunna	32
2.9 Muslimský pacient v prostředí českého zdravotnictví.....	32
3 Specifika v ošetrování muslimských pacientů / Zdraví a nemoc z pohledu Islámu	34

3.1	Komunikace s muslimským pacientem	35
3.1.1	Verbální komunikace.....	35
3.1.2	Neverbální komunikace	36
3.1.3	Vyjádření bolesti.....	37
3.2	Modlitby.....	38
3.3	Stravování	38
3.3.1	Půst.....	39
3.4	Rodina.....	41
3.5	Specifika v ošetřování muslimů.....	41
3.5.1	Sexualita.....	43
3.5.2	Obřízka.....	43
3.5.3	Umírání a smrt	44
3.5.4	Pitva	46
4	Cíl práce a výzkumné otázky	47
4.1	Cíl práce.....	47
4.2	Výzkumné otázky	47
5	Metodika výzkumu.....	48
5.1	Použité metody	48
5.2	Charakteristika výzkumného souboru	49
6	Výsledky výzkumu.....	50
6.1	Struktura výzkumného souboru	50
6.2	Kategorizace získaných dat	51
6.2.1	Seznam kategorií a podkategorií.....	51
6.3	Výsledky	52
7	Diskuze	67
8	Závěr.....	72
9	Seznam literatury	75

10	Seznam příloh.....	80
11	Seznam tabulek.....	81
12	Seznam schémat	82
13	Seznam použitých zkratk.....	83

Úvod

Téma práce jsem si vybrala zejména z důvodu své pracovní pozice, kdy jako všeobecná sestra vnímám úskalí své práce v přístupu k pacientům jiného náboženského vyznání, než je v evropských zemích obvyklé, zejména pak islámu. V posledních letech i v civilním životě vnímám narůstající počet osob hlásících se k islámskému vyznání na území České republiky. Je až s podivem, kolik odlišností je třeba brát v potaz v rámci zdravotní péče a kolika pro naši společnost občas až kontroverzním pravidlům vyplývajícím z jejich víry je nutné se přizpůsobit. Je nezbytné lidem islámského vyznání poskytnout stejně kvalitní péči jako mají všichni ostatní občané naší republiky, a je potřeba jejich přesvědčení, tradice a zvyklosti respektovat v co největší možné míře tak, abychom v žádném případě nenarušili jejich osobní integritu a důvěru v systém zdravotní péče České republiky.

Je možné, že poměrně velká část našich občanů při zmínce o lidech vyznávajících islám propadne pouze mylné představě o lidech propagujících násilí, nesnášenlivost vůči ostatním náboženstvím, diskriminaci žen či nepřijatelném kulturním a sociálním prostředí. Toto náboženství je ale naprosto odlišné od představ výše zmíněných občanů. Právě s ohledem na neznalost či nedostatečné pochopení je nutné se zaměřit právě na snahu pochopit v maximální možné míře postoj muslimů ke zdraví s ohledem na pravidla poskytované péče.

Dalším důvodem, proč jsem si vybrala toto téma pro mou diplomovou práci je nedostatek ucelených přehledů vztahujících se k této problematice. Diplomová práce se věnuje snaze o pochopení islámu a postoje muslimů žijících na území České republiky ke zdraví a nemoci. Muslimská komunita v naší republice představuje minoritní skupinu obyvatel, a proto je často konfrontována s rozdílným sociokulturním prostředím. Mnohdy muslimští spoluobčané naráží na nepochopení nejen stran majority, ale sami mnohdy tápou v prostředí, které vyplývá z původního tradičního nastavení společnosti. Ačkoliv doba výrazně pokročila, a to je právě patrné ze zvyšujícího se počtu muslimských občanů v naší zemi, stále se potýkáme s potřebou přizpůsobení zdravotní péče s ohledem na některé odlišnosti ve vnímání zdraví a nemoci. Je tedy důležité, aby byli zdravotničtí pracovníci plně informováni o specifické péči, která je pro pacienty v těchto chvílích velmi důležitá.

Ve své práci jsem zmapovala obecné vnímání zdraví ve smyslu zdravotního stavu jakožto přirozeného biologického stavu těla a zároveň související podvědomí muslimů, kdy je

zdraví vnímáno jako dar od Boha. Jelikož je tělo pouhou schránkou, kterou jim Bůh zapůjčil, mají povinnost se o něj starat v co největší možné míře a projevovat tak svou víru.

Proniknutí do pochopení postoje muslimů k nemoci je další téma, kterým se tato práce zabývala. Jelikož se jedná o zkoušku od Boha, bylo nutné se zamyslet i nad samotnou léčbou, kterou řeší ve dvou rovinách. První rovinou je klasická zdravotní péče, díky které je možné vyléčit nemoc, a zároveň s tím souvisí i víra, která je pro léčbu také velmi důležitá, protože věří, že modlitbami je také možné dojít uzdravení. V návaznosti na zjištěná fakta vnímání nemoci a zdraví muslimů jsem zjistila, jaké specifické potřeby je vhodné muslimským pacientům nabídnout, aby došlo k oboustranné kvalitní spolupráci a dosažení co nejúspěšnějšího procesu léčby v co nejvyšším standardu zdravotní péče s ohledem na odlišné požadavky jejich víry.

1 Transkulturní ošetřovatelství

Ze vzájemné interakce mezi majoritou a minoritou vychází transkulturní přístup. Transkulturní ošetřovatelství je zaměřeno na odlišné kultury a jejich potřeby péče, které jsou mnohdy specifické (Kutnohorská, 2013). Je chápáno jako legitimní a nezastupitelná disciplína, která má za cíl naplňovat lidské potřeby tak citlivě, aby nebyl důvod k odmítání spolupráce či pocitům nespokojenosti ze strany pacienta a v širším kontextu i jeho rodiny. Sestra pečující o pacienta by měla být dostatečně znalá morálních aspektů dané kultury a předcházet tak díky operativní znalosti neúčinnému či poškozujícímu chování. Je běžným jevem, že jednotlivé kultury nahlíží na respektování svých specifických potřeb jako na své nezadatelné právo (Hernová, 2003). V současné době je tedy očekáváno, že bude s pacienty jiné kultury zacházeno kulturně vhodným způsobem, a proto je aplikování kulturně kompetentní péče nutností pro poskytovatele zdravotnických služeb v oblasti multikulturní společnosti (Papadopoulos, 2006). Je tedy pochopitelné, že se od sester vyžaduje pozornost, porozumění a vhodné reakce na tato specifika (Hernová, 2003). Transkulturní ošetřovatelství se týká zejména erudovanosti zdravotních sester v oblasti multikulturní společnosti, které jsou zavázány k prohlubování svých znalostí a propojování hodnot, přesvědčení, vzorců a světonázor jednotlivých kulturních skupin do ošetřovatelské praxe. Transkulturní ošetřovatelství identifikovalo, prostudovalo, zvýraznilo a definovalo několik koncepcí péče tak, aby sestry mohly tyto poznatky smysluplně využívat v potřebných situacích. Tyto koncepce pak pomáhají sestřím efektivněji komunikovat tak, aby se mohly vyhnout konfliktům nebo jiným problematickým interakcím. Je nezbytné, aby toto téma studovaly dříve, než jej aplikují v reálných interakcích (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Cíle transkulturního ošetřovatelství vyplývají z potřeb multikulturní společnosti a vzájemné interakce mezi minoritou a majoritou (Kutnohorská, 2013). Zásadní je pak erudovanost nové generace sester, které budou schopny uplatnit své znalosti transkulturního ošetřování v praxi, a které budou schopny vnímat a porozumět všem aspektům péče s ohledem na pacienta a v širším kontextu i na jeho rodinu. Důležitým aspektem transkulturního ošetřovatelství je pak zachování lidských práv a uznání rovnosti, tedy základního principu správného multikulturního přístupu. Bez uznání lidské a kulturní rovnosti nelze poskytovat kulturně vhodnou péči (Horňáková, 2008; Kober, 2008).

1.1 Madeleine M. Leiningerová

Průkopnice a iniciátorka Madeleine M. Leiningerová byla narozena 13. července 1925 v Suttonu v Nebrasce, kde vyrůstala společně se svými sestrami a bratry na farmě (Bullough & Sentz, 2004). Objevitelka a zakladatelka transkulturního ošetrovatelství a první sestra, která vystudovala doktorandské studium zaměřující se na kulturní a sociální antropologii na University of Washington v Seattlu (Bullough & Sentz, 2004; Pavlíková, 2006). Cesta jejího studia započala na St. Anthony's Nursing School v Denveru, kde získala základní ošetrovatelské vzdělání. Pokračovala bakalářským vzděláním v biologii, kdy jejím vedlejším předmětem byla filozofie a humanismus na Benedictine College s Atchinsonu. Čtyři roky poté získala magisterský titul v psychiatrickém ošetrovatelství na Catholic University of America ve Washintonu D.C.. Doktorandské studium se zaměřením na kulturní a sociální antropologii na University of Washington v Seattlu vystudovala jako první sestra. Leiningerová pracovala jako řadová a staniční sestra na chirurgickém oddělení a později jako ředitelka ošetrovatelských služeb psychiatrického oddělení v St. Joseph's Hospital v Omaze. Roku 1966 na univerzitě v Coloradu, kde působila jako profesorka ošetrovatelství a antropologie, poprvé vedla přednášku o transkulturním ošetrování. Byla děkankou a profesorkou ošetrovatelství ve School of Nursing ve Washingtonu. V roce 1973 zde založila Katedru transkulturního ošetrovatelství. Stala se vedoucí redaktorkou „The Journal of Transcultural Nursing“ a ředitelkou centra pro podporu výzkumu v oblasti transkulturního ošetrovatelství. Jako děkanka a profesorka ošetrovatelství na College Nursing a profesorka antropologie na University Utah v Salt Lake City působila od roku 1974. V roce 1981 se stala členkou Wayne State University v Detroitu, kde byla profesorkou ošetrovatelství a antropologie a ředitelkou postgraduálního studia transkulturní péče. Během svého života hostovala na čtyřiceti osmi amerických a zahraničních univerzitách (Nemčková & Špirudová, 2007; Pavlíková, 2006; Špirudová, 2006).

Během jejího působení v dětském výchovném ústavu v polovině 50. let minulého století v Cincinnati si začala všimnout nedostatku pochopení pro kulturní faktory ovlivňující chování dětí stran zaměstnanců. Pozorovala rozdíly v reakcích na ošetrovatelskou péči a psychiatrickou léčbu u dětí z rozličných kulturních prostředí (Alligood, 2021; McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Celkově si během své sesterské praxe všimla odlišného chování jednotlivých národností a etnik. (Pavlíková, 2006). Po druhé světové válce si uvědomovala rychle se měnící multikulturní svět a zároveň si více

všimla nedostatečných znalostí sester s ohledem na transkulturní ošetrovatelství. Byla si vědoma toho, že sestry nemohou poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči pacientům rozdílných kultur bez formální přípravy ve vzdělávání sester založené na výzkumu. Vědoma si deficitu v ošetrovatelství týkající se vzdělávání s ohledem na jednotlivé kultury a jejich potřeby péče, předvíдалa potřebu ucelených humanistických a vědeckých poznatků nezbytných pro pomoc sestrám v ošetrovatelské péči o pacienty rozmanitých kultur (Leininger, 1997). V roce 1960 tedy definovala transkulturní ošetrovatelství jako oblast studia a praxe, zaměřující se na holistickou kulturní péči, zdraví a projevy nemoci, a která respektuje společné znaky kulturních hodnot, víry a praktik. Teorii po dalších třicet let rozvíjela a obohacovala. V roce 1970 vydala svou první knihu, ve které představila základní ideje transkulturního ošetrovatelství. V roce 1978 publikovala další knihu, ve které již popsala hlavní koncepce a činnosti transkulturního ošetrovatelství.

1.1.1 Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče

Postmoderní teorie, která byla vypracována Leiningerovou v kulturním a společenském kontextu (Špirudová, 2006). Sestry s transkulturním vzděláním přispívají k rozvoji poznání v oblasti kultury a péče, které spojují konceptuálně a využívají pro výzkumné účely. Dvojitý konstrukt kultury a péče má pak silnou schopnost objevovat a porozumět nemoci, zdraví a dalším projevům lidského zdraví, což zůstává důležitým zaměřením v transkulturním ošetrovatelství. Leiningerová tvrdila, že kultura a péče mají velkou schopnost vysvětlit zdraví nebo nemoc. Kulturně diverzifikovaná péče je zaměřena na různosti a odlišnosti mezi lidmi týkající se kultury a zahrnuje významy, vzorce, hodnoty, životní styl, symboly a další prvky, které souvisí s poskytováním účinné péče pacientům z konkrétní kultury. Kulturně univerzální péče se týká vlastností péče o kulturu, které jsou společné nebo podobné u jednotlivců či skupin a mají opakující se významy, vzorce, hodnoty, způsoby života nebo symboly. Tyto prvky slouží jako průvodce pro poskytovatele péče při poskytování podpůrné, usnadňující nebo umožňující péče o zdraví jednotlivců či skupin (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018).

1.1.1.1 Premisy teorie

Premisy teorie kulturní péče založené na různorodosti a univerzalitě vyjádřila Leiningerová v následujících třinácti bodech. Podstatou ošetrovatelství je péče. Pro pohodu, zdraví, lidský růst a vývoj, přežití, vyrovnávání se s hendikepy a čelení smrti je kulturně orientovaná péče nezbytná (Špirudová, 2006). Péče, která je zaměřena na kulturní rozdíly, zahrnuje celistvý a komplexní přístup k poznání, interpretaci

a předvídání jevů v oblasti ošetrovatelské péče a řízení ošetrovatelských rozhodnutí a činností (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Transkulturní péče je humanitní vědecká oblast i profese týkající se péče, která je poskytována jak jednotlivcům, skupinám, komunitám, ale i společností a institucím. Kulturně orientovaná péče je klíčová pro úspěšné léčení a vyléčení pacienta. Bez poskytování péče není možné léčení a dosažení vyléčení, ale poskytovat péči bez samotného procesu léčby možné je. Kulturní péče se odvíjí od kulturních diverzit, ale současně i od kulturní univerzality (Nemčeková & Špirudová, 2007). Každá kultura má dva systémy péče a těmi je péče tradiční (lidová) a běžná formální praxe, tedy péče profesionální (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Stejně tak každá kultura odvozuje své hodnoty a přesvědčení v oblasti péče z náboženských, rodinných, společenských, kulturních, ekonomických a politických souvislostí (Pavlíková, 2006). Kulturní péče, která je prospěšná, léčivá a uspokojivá, má vliv na zdraví a pohodu jednotlivců, rodin, skupin, ale i komunit v jejich environmentálním prostředí (Nemčeková & Špirudová, 2007). Kulturně vhodná a prospěšná péče může existovat pouze tehdy, pokud budou její hodnoty, vědomosti a vzory zjevně vnímány a aplikovány pro přiměřenou, bezpečnou a účelnou péči. Mezi profesionální péčí a lidovou péčí existuje kulturně univerzální a diferencovaná péče. (Špirudová, 2006). Nedostatečné vědomosti o kulturní péči mohou vést ke kulturním konfliktům, kulturně nepřijatelným praktikám, stresu a bolesti. Vhodná kulturní péče by měla být kulturně kongruentní, odpovědná, bezpečná a citlivá (Nemčeková & Špirudová, 2007). Poslední bod vysvětluje, že kvalitativní etnoošetrovatelské metody jsou důležitými nástroji pro zjištění a interpretaci emických i odborných profesionálních dat pro kulturní péči (Špirudová, 2006).

1.1.1.2 Hlavní jednotky

Hlavní jednotky ošetrovatelských modelů byly sestaveny na základě předpokladů a hodnotového systému. Tyto jednotky zahrnují cíl ošetrovatelství, pacienta, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky. Cílem ošetrovatelství je poskytovat všestrannou a kulturně specifickou péči různým kulturám, včetně podpory zdraví, léčby nemocí a zvládání nepříznivých situací, stejně jako doprovázení ke klidné smrti, prostřednictvím kulturně vhodných způsobů. Pacient je holistickou bytostí, která je ovlivněna svým sociálním prostředím a kultura, filozofické přesvědčení a hodnoty jednotlivců se liší napříč kulturami. Pacientovo vnímání zdraví, nemoci, léčby, závislosti, ale i nezávislosti je tímto ovlivňováno. Rolí sestry je schopnost rozpoznat tradiční způsob

péče, který je specifický pro danou kulturu či subkulturu, a využít jeho kladné aspekty v profesionální péči. Zdrojem potíží je rozdílnost kultur. Ohniskem zásahu je konflikt mezi dominantní kulturou a subkulturou, případně rozdílnost kultur. Způsob zásahu zahrnuje podporu udržení zdraví, pomoc s adaptací, usnadnění změny nebo podporu v procesu umírání. Sestra působí jako zprostředkovatel mezi tradičním a profesionálním systémem péče. Důsledky pak zahrnují zdraví, pohodu nebo klidnou smrt, přičemž jsou dosaženy kulturně vhodnými prostředky a způsoby (Leininger & McFarland, 2002; Pavlíková, 2006).

1.1.1.3 Metaparadigmatické koncepce

Různé teorie a koncepce v oblasti ošetrovatelství se od sebe liší ve svém přístupu ke čtyřem základním složkám ošetrovatelství, a to k osobě, prostředí, zdraví a péči. Osoba je subjektem ošetrovatelské péče a může být vnímána jako jednotlivec, ale i jako jeho rodina, skupina, komunita či celá společnost, která potřebuje ošetření. Prostor představuje významné vnější a vnitřní podmínky, ovlivňující příjemce ošetrovatelských výkonů, ale i okolnosti, za kterých jsou tyto výkony prováděny. Zdraví nevyjadřuje pouze nepřítomnost nemoci u příjemce, ale jedná se především o stav blaha či osobní pohody. Jako čtvrté ze základních složek je ošetrovatelství, které je definováno jako soubor činností, které jsou vykonávány sestrami ve spolupráci s příjemcem nebo v jeho zájmu (Pavlíková, 2006). V pracích Leiningerové nenajdeme tyto široce uváděné metaparadigmatické pojmy. Namísto těchto běžně užívaných metaparadigmatických pojmů navrhla Leiningerová začlenit do tohoto rámce koncepty lidské bytosti nebo člověka, humánní péče, kontexty prostředí a v neposlední řadě také pohodu nebo zdraví. Nicméně definice pojmů metaparadigmatu ošetrovatelství dle Leiningerové zní následovně. Osoba je chápána jako lidské individuum a kulturní bytost, zahrnující rodiny, skupiny, komunity, společenské instituce, subkultury a kultury. Popisuje je třemi základními charakteristikami. Mají potřebu péče a zároveň schopnost zajímat se a pečovat o jiné lidi s ohledem na jejich potřeby, pohodu a přežití. Vzhledem k tomu, že osoby přežívají v různých prostředích a čase, jsou kulturní bytosti, které mají různé varianty schopnosti pečovat o děti, mladé i starší dospělé, která je proměnlivá v závislosti na prostředí. Poslední charakteristika vyjadřuje, že bytosti jsou komplexní a vyžadují celostní pohled na život, péči, kulturu a zdraví, a odmítají být redukovány pouze na orgány a části těla (Špirudová, 2006). Prostor dále můžeme chápat jako komplexní systém, kde jsou vzájemně propojeny a navzájem se ovlivňují různé oblasti, jako jsou

politika, ekonomie, sociální vztahy, vzdělávání, technologie, náboženství a kultura. Tento systém je vzájemně závislý a jeho části nelze posuzovat odděleně od celku. Zdraví definuje Leiningerová jako stav pohody, který umožňuje jedincům nebo skupinám lidí vykonávat své každodenní činnosti pomocí kulturně specifických, užitečných a příkladných způsobů. Dále uvádí, že vnímání zdraví a nemoci je ovlivněno kulturním kontextem a nelze ho jednoznačně definovat. Světonázor, sociální struktura a víra mají silný vliv na to, jak zdraví a nemoc vnímáme, a proto je od sebe nelze oddělovat (Kutnohorská, 2013). Ošetřovatelství definuje jako transkulturní profesi a obor, zabývající se péčí o pacienty z různých kultur. Cílem ošetřovatelství je poskytnout péči, která je kulturně citlivá a přizpůsobená individuálním potřebám a hodnotám každého pacienta (Pavlíková, 2006). Tato péče se dělí na tři typy, které jsou v souladu s kulturou pacienta a pomáhají mu se snížením stresu a možných konfliktů mezi pacienty a poskytovateli péče (Pavlíková, 2006).

1.1.1.4 Pojmy a konstrukty transkulturního ošetřovatelství

V oblasti vývoje a rozvoje transkulturního ošetřovatelství je pro sestry velmi důležité mít přehled o klíčových konceptech, pojmech, teoriích a zásadách tohoto oboru. Pojem je zaměřený na jednu myšlenku, představu či objekt. Zatímco termín konstrukt se s ohledem na transkulturní ošetřovatelství používá k označení zásadních celosvětových jevů, zahrnujících několik pojmů. Mezi takové fenomény patří například kultura, péče a pečování (Špirudová, 2006).

Péče jako jeden ze základních konstruktů transkulturního ošetřovatelství zahrnuje jak abstraktní, tak konkrétní fenomény, které souvisejí s poskytováním pomoci, umožňování zkušeností či chování, a poskytující důkazy o tom, jak zlepšit či zdokonalit stav člověka nebo jeho životní cestu, přestože jeho potřeby mohou být zjevné nebo předpokládané (Leininger & McFarland, 2002). Pečování je odrazem řízené akce a aktivity, která je zaměřená na pomoc, podporování jiného člověka či skupiny v uspokojení potřeb k dosažení zlepšení jejich spokojenosti, kondice, zdokonalování jejich způsobu života anebo vyrovnání se se smrtí či invaliditou (Nemčeková & Špirudová, 2007). Péče o člověka představuje základní pilíř pro růst jedince, jeho přežití a celkový zdravotní stav. Tato péče je ovšem v jednotlivých kulturách odlišná a variabilní (Špirudová, 2006). Kultura představuje soubor naučených, sdílených a předávaných hodnot, přesvědčení, norem a způsobu života jednotlivých kultur, které vedou k ustáleným vzorcům myšlení, rozhodování a jednání (Leininger & McFarland, 2002). Dominantní kultura je

převládající kultura obyvatelstva na daném území. Nemusí být co do počtu členů v převaze, nicméně musí být v daném sociálním celku kulturně, ekonomicky a politicky dominantní. Subkultura je termín, kterým se rozumí skupina lidí, která se odlišuje od dominantní kultury, ale přesto je její součástí. Členové subkultury mají specifické normy, hodnoty, chování a životní styl, kterým se liší od kultury většinové (Archalousová, 2003).

1.1.1.5 Analýza „modelu vycházejícího slunce“

Teorie transkulturního ošetřovatelství je také známa pod názvem Model vycházejícího slunce. Název vyplývá ze schématu, kterým Leiningerová ilustrovala své myšlenky a který obsahuje jednotlivé prvky její teorie (Nemčková & Špirudová, 2007). Model vycházejícího slunce je metaforou východu slunce a zároveň zobrazením péče. V horní části kruhu jsou zobrazeny různé prvky sociální struktury ve formě paprsků. Jedná se pak o faktory technologické, náboženské a filozofické, rodinné a sociální, kulturní hodnoty, přesvědčení a způsob života, politické a právní faktory, ekonomické a v neposlední řadě faktory vzdělávací (Pavlíková, 2006). Jádrem slunce, tedy znaky, modely, praktiky péče a zdraví jsou vzájemně propojené s paprsky slunce v rámci schématu (Špirudová, 2006). Tento model představuje teorii, že péče je zároveň univerzální a rozdílná, což se odráží v různých názorech, pohledech na svět a vlivu jazyka, etnohistorie a prostředí na péči. Model zahrnuje faktory, které ovlivňují lidi, profese a ošetřovatelské systémy. Model se skládá ze dvou polovin, které tvoří celý oblouk, zobrazující celý svět nebo univerzum. Pokud jde o poskytování péče, tak by sestry měly brát tyto faktory v úvahu. (Farkašová, 2005; Nemčková & Špirudová, 2007; Leininger & McFarland, 2006). Podle Modelu vycházejícího slunce jsou lidé nerozlučně spjati s kulturním kontextem, sociálními strukturami, světovým názorem, historií a prostředím (Farkašová, 2005). Lidové a profesionální ošetřovatelské systémy a subsystémy jsou do schématu také zahrnuty. Dále pak zahrnují různé abstraktní koncepty a analytické metody, které je pak možné využít při studiu daného aspektu péče (Špirudová, 2006).

1.1.1.5.1 Jednotlivé složky modelu

1.1.1.5.1.1 Rozměr kulturní a sociální struktury

V rámci schématu modelu vycházejícího slunce jsou jednotlivé paprsky symbolickým vyjádřením různých aspektů sociokulturního kontextu, zahrnující technologické, náboženské a filozofické, rodinné a společenské, vzdělávací, ekonomické, politické a právní faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny tyto jednotlivé aspekty jsou vzájemně propojené a jejich vliv na jedince nelze chápat odděleně (Sagar, 2012).

Jednotlivé prvky kultury jsou navzájem propojeny s jádrem slunce, které zahrnuje znaky, modely, praktiky péče a zdraví. Tato interakce faktorů ovlivňuje vnímání zdraví a nemoci, stejně jako způsob péče, který jedinec uplatňuje (Nemčková & Špirudová, 2007).

1.1.1.5.1.2 Systémy péče

Leiningerová rozeznává dva základní systémy péče, a to tradiční a profesionální (Špirudová, 2006). Ošetřovatelství tvoří pomyslný most mezi těmito systémy (Farkašová, 2005). Tradiční systém péče zahrnuje předávané znalosti a praktiky, vycházející z laické, tradiční nebo místní kultury. Tyto znalosti a praktiky jsou zaměřeny na poskytování pomoci, podpory, povzbuzení a usnadnění života jedincům s patrnými nebo očekávanými zdravotními potřebami. Cílem tradičního systému péče je zlepšit jejich pohodu a poskytnout pomoc při umírání nebo jiných stavech (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). V jádru se nachází člověk jako holistická bytost. Tento systém péče vychází z praktických zkušeností. Je založen na tradičních lidových léčebných a ošetřovatelských zkušenostech. Zahrnuje kulturu, životní styl, víru, hodnoty a světonázor členů subkultury. Lidé se spoléhají na známé postupy a odkazy (Leininger & McFarland, 2002). Péče a ošetřování jsou pro tradiční systém péče klíčové (Mastiliaková, 2002). Zaměřuje se na prevenci nemocí a smrti, dodržování kulturních rolí, praktik a tabu. Při poskytování péče využívá domácího prostředí, rodinu, komunitu a celkově domácí zdroje. Je často prováděna bez využití moderních technologií a dává přednost lidovým lékům a osobním vztahům. Styl komunikace je specifický pro danou subkulturu a je velmi důvěrná. Profesionální služby jsou využívány jen v nejnnutnějších případech (Leininger & McFarland, 2002).

Profesionální systém péče je formou naučené a přenesené profesionální péče získané prostřednictvím vzdělávacích institucí. Tyto konstrukty jsou vyučovány, aby umožnily sestřám a jiným zdravotnickým pracovníkům poskytovat pomoc, podporu, povzbuzení a usnadnění života jednotlivcům nebo komunitě za účelem zlepšení jejich zdravotního stavu, prevence nemocí nebo pomoci při umírání (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Jedná se o dominantně využívaný systém v profesionálních institucích, kde pracují zaměstnanci různých povolání. Sestry jsou také součástí profesionálního systému. Tento systém odráží názory převážné většiny etnických skupin, a tedy představuje pohled lidí zvnějšku, nikoliv z nitra subkultury. Převahu má majoritní část obyvatelstva (Špirudová, 2006). V jádru se nachází nemocný člověk, tedy pacient. Profesionální systém péče je

orientován na vědecký přístup a opírá se o vědecké poznatky (Leininger & McFarland, 2002). Používá odborné termíny, metody, diagnostické a terapeutické procedury. Zaměřuje se na obnovení fyzického a duševního stavu poskytováním útržkovité a neintegrováné služby. Klade důraz na léčbu, diagnostiku a farmakoterapii (Mastiliaková, 2002). Péče je situována do zdravotnických zařízení, nikoliv v domácím prostředí. Pacienti jsou vystavováni neznámým technologiím a cizím lidem. Profesionální služby jsou poměrně nákladné, a tak mohou být pro určité skupiny lidí neúnosné. Styl komunikace je odosobněný a pro subkultury méně známý. Využívá moderní technologie, diagnostické testy a vědecky ověřené postupy (Leininger & McFarland, 2002). Sestry zastupující profesionální systém péče často neznají a ani nemají zájem o tradiční způsob péče. Očekávání sester jako poskytovatelek péče a očekávání klientů jako příjemců služeb se můžou poměrně lišit, protože jsou ovlivněná kulturou (Špirudová, 2006).

1.1.1.5.1.3 Typy péče

Péče představuje v teorii Leiningerové centrum ošetřovatelských činností a je základní a ústřední dominantou, která charakterizuje ošetřovatelství. Dle Leiningerové je rozdíl mezi péčí – starání se a ošetřováním. Péči charakterizuje jako neučené a přenesené kulturní metody asistence, podpory a pomoci lidem, ať už jsou nemocní, zdraví anebo umírající. Péče je projevoována prostřednictvím konkrétních ošetřovatelských akcí a aktivit, které představují konkrétní projev tohoto fenoménu. Starání se je klíčovým prvkem, který dělá ošetřovatelství profesí, odlišuje ho od ostatních disciplín. Péče je srdcem a duší ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013; Špirudová, 2006).

Podle Leiningerové může být kulturně shodná péče poskytována pomocí tří způsobů s ohledem na to, v jakém stavu se klient nachází, co jsou jeho největší problémy a jaké jsou jeho potřeby. První z nich je kulturní péče pomáhající uchovávat anebo získávat zdraví. Zaměřuje se na zdravé, ale i nemocné lidi. Zdravým lidem pomáhají sestry podpůrně preventivními aktivitami, nemocným jsou pak nápomocny k uzdravení se (Nemčková & Špirudová, 2007). Specializuje se na poskytování asistence a podpory prostřednictvím profesionálních služeb, které pomáhají jedincům různých kultur udržovat jejich pohodu, překonávat obtíže nebo čelit postižení (Kutnohorská, 2013). Druhým typem péče je kulturní péče umožňující adaptaci. Je zaměřený na pomoc pacientovi při adaptaci na nové kulturní způsoby péče, nepříznivé situace nebo na nové životní role (Líšková et al., 2006). Během hospitalizace se klient může potýkat s různými

nepříznivými situacemi, jako je omezený kontakt s rodinou, nemůže vykonávat své náboženské rituály, nemocniční strava neodpovídá jeho kultuře a podobně. V těchto případech je důležitá role sestry vyjednávače mezi tradičním a profesionálním způsobem péče, která má za úkol dohodnout se s pacientem na takových aktivitách a péči, která je respektující k jeho potřebám, ale zároveň splňuje a respektuje požadavky zdravotnického zařízení (Kutnohorská, 2013). Třetím typem je kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu. Dle Leininger je tento typ péče klíčovým v případě, kdy je nezbytné upravit či zcela změnit způsob péče klienta o vlastní zdraví (Špirudová, 2006). V tomto případě udává Farkašová (2005) příklad na změně stravovacích návyků. Sestra má za úkol s ohledem na kulturně shodnou péči najít takové možnosti stravování, které bude respektovat kulturní a náboženské přesvědčení pacienta, ale zároveň bude dodržovat zásady nastoleného dietního režimu.

2 Islám

V dnešním světě se dá islám považovat za náboženství globální. Islám je nejmladším monoteistickým náboženstvím ihned vedle judaismu a křesťanství. Dle patriarchy, k němuž se tato velká trojice hlásí, patří do skupiny abrahámovských náboženství – tedy do náboženství, které svou duchovní tradici spojují s Abrahámem (Hájek & Bahbouh, 2016). Následovníci islámu jsou muslimové. Důležité je, aby vyznavači islámu nebyli označováni jako „mohamedáni“, a to z několika důvodů. Označení vyznavačů pojmem „mohamedáni“ je zavádějící především s ohledem na naznačování, že islám je náboženství pojmenované po smrtelné bytosti, tedy po Muhammedovi. Dále pak tento termín vede mylně k myšlence, že Muhammed islám založil, a proto po něm bylo náboženství pojmenováno. Muslimové uctívají pouze Boha. Muhammed byl smrtelníkem, který byl Bohem pověřen k učení slovu Božímu vedením příkladného života. Původním a jediným zakladatelem islámu je pouze Bůh sám a vnik islámu je datován do časů Adamových (Ḥammūda, 2010).

Téma počátku lidského rodu je v křesťanství spojováno s hříchem, který spáchali Adam s Evou v ráji a byli za tento hřích svým Stvořitelem z rajske zahrady vyhnáni. Tomuto tématu se ale věnuje i Korán. Pohled Koránu je takový, že jsou Adam s Evou naváděni Satanem, aby jedli ze zakázaného stromu a odměnou za tento čin jim slibuje, že se stanou anděly a získají nesmrtelnost. Samotnému lákadlu jsou tedy vystavováni oba, a ne pouze Eva. Ovoce je pro Adama a Evu zakázané, což by mohlo být chápáno jako symbol určitých hranic, které jsou stanoveny Bohem, vedoucích k následnému rozšiřování lidských přání a neuměřenosti lidských činů. Ve starozákonné biblické verzi je obviňována z hříchu především žena a samotné vyhnání z ráje je doprovázeno silnějšími moralitami než v Koránu, kde je Adam ihned omilostněn (Křikavová et al., 1990). „*Potom Pán jeho si jej vyvolil, odpustil mu a správnou cestou jej řídil.*“ (Korán, 20:122) Adam se tímto omilostněním stává prvním z proroků, kteří nesli zvěst o Bohu a jeho učení (Křikavová et al., 1990).

2.1 Význam Islámu

Islám je odvozen od arabského kořene „SLM“, který znamená mimo jiné mír, čistotu, podřízenost a poslušnost. V náboženství tento termín znamená především podřízenost, vůli Boží a poslušnost Jeho zákonům (Ḥammūda, 2010). Plné odevzdání se je tedy myšleno do rukou Božích. Islám je stavěný na silně stojícím řádu, který je daný Bohem

již od stvoření světa. Víra v islám byla rozvíjena ještě před příchodem Proroka a toto období se nazývá „džáhilije“ (Sardar et al., 2004).

2.2 Prorok Muhammad

Jméno proroka Muhammeda můžeme znát v několika obměnách jako je Mohamed, Muhamed, Mohamad, Mehmet turecky atp. Dle shody islamologů a muslimských teologů byl Muhammed narozen v Mekce asi roku 570. Za jeho života je přesně datované pouze období od jeho odchodu do Medíny v roce 622 až po jeho smrt v roce 632. Muhammed po otci Abdulláhovi byl z rodu Hášimovců, který byl v té době nejmocnějším a nejvýznamnějším kmenem v Mekce. Otec Abdulláh zemřel několik týdnů před chlapcovým narozením (Sardar et al., 2004). Matka Muhammedovi zemřela v jeho šesti letech. Následně byl vychováván svým strýcem, Ábú Tálíbem. (Hájek & Bahbouh, 2016). V mládí byl Muhammed obchodním cestujícím pracujícím pro Chadžidži, cestujícím z Arabského poloostrova do Persie, Sýrie a bližšího okolí. Během svých cest ještě před dovršením svých dvaceti let se zúčastnil několika kmenových výprav a válek. Jeho perfektní chování mu vysloužilo pověst čestného, poctivého a šlechetného člověka. Chadžidža byla vdovou a Muhamed na ni udělal svým chováním takový dojem, že mu nabídla sňatek i přes věkový rozdíl patnácti let (Sardar et al., 2004). Z tohoto manželství měl Muhammed dva syny a čtyři dcery. Oba synové zemřeli ještě před dovršením své dospělosti. Nejvýznamnější dcerou, která se zapsala do historie, byla Fátima, která zajistila přes své syny celý nynější Muhammedův rozvětvený rod. Muhamed neměl duchovní a ani jiné formy vzdělávání. Neměl ani povědomí o židovských nebo křesťanských zvycích (Haeri, 1997). Muhammed byl negramotný. Jeho negramotnost, tzv. „ummí“ je zdůrazňována především s ohledem na fakt, že Muhammed nemohl číst a ani jinak čerpat z křesťanských či židovských spisů. Jeho negramotnost je velmi důležitá, protože veškeré jeho učení bylo zjeveno přímo Bohem. Muhammed byl vyvolen prorokem, tzv. „nabí“ a poslem Božím, tzv. „rásúl“ (Hájek & Bahbouh, 2016). Několik kilometrů od Mekky se vyskytovala hora s jeskyní, do které se Muhammed pravidelně uchýloval k modlitbám, meditaci a rozjímání o otázkách stvoření, smyslu života, smrti a o boji mezi dobrem a zlem. Během jeho rozjímání ho v roce 610 oslovil hlas, který mu poručil přednášet Pánovo učení (Sardar et al., 2004). Muhammedovo poslání představovalo pro obyvatele Mekky velkou výzvu jejich modlářství a pohanským společenským praktikám. Těch, kteří přijali jeho poselství bylo v prvních letech velmi málo.

Smysl koránu se týkal především vědomostí o Bohu, procesu sebeočistění, odevzdanosti a úplného se podřízení nekonečné a všezahrnující realitě. Ostatní vnímali poselství jako ohrožení způsobu života arabských národů. Kromě Muhammedovy ženy Chadídže a jeho bratranci se postupně přidávali k muslimům další následovníci, a to především mladí lidé, otroci a jiní lidé nepatřící k jinému kmeni. Neustále narůstající nepřátelské akce proti muslimům a samotné přítomnosti Proroka v Mekce vedlo až k migraci asi sedmdesáti stoupenců do nedalekého Játribu, kam byli muslimové pozváni pod přátelskou ochranu krále (Haeri, 1997). Dne 24. září roku 622 dorazil Muhamed se svými souvěrci z Mekky do Játribu. Toto stěhování se nazývá hidžra a později se stalo výchozím bodem pro vznik muslimského lunárního kalendáře, pro samotný vznik islámu (Hájek & Bahbouh, 2016). V Medíně Prorok založil a vedl nové společenství, do kterého byl vybrán jako božsky inspirovaný, který překročil omezení svého vlastního jsouca a osobnosti a stal se tedy perfektním meziprostorem mezi prostorem materiálním a světem mimo prostor a čas (Haeri, 1997). Dále zde vznikla ucelená muslimská obec, tzv. umma. V Medíně se Prorok vymezuje oproti židům i křesťanům. S vyhnáním z Mekky se ale Prorok nikdy nesmířil – bojoval o Mekku soustavně až do roku 628, kdy se dohodl s Kurajšovci na desetiletém příměří. Během své cesty se smířil i se židy a křesťany. V roce 629 přijímá Mekka islám a byla zasvěcena Bohu – Alláhovi. Muhammed stále cestoval mezi Mekkou a Medínem, kde činil proslovy o svých zjeveních, učení a vizích. Muhammed nikdy nekonal oproti jiným náboženstvím žádné zázraky. Zemřel 6. června roku 632 v Medíně (Hájek & Bahbouh, 2016). *„Jestliže člověk zemře, jeho skutky jsou u konce. Zanechá za sebou jen tři věci: trvající milosrdenství, vědění, z něž pramení užitek, a spravedlivé potomky, kteří se za něj modlí. - Prorok Muhammed*

2.3 Chalífát

Po Prorokově smrti vznikla v muslimské obci potřeba vůdce – následovníka, který by byl schopen převzít Muhammedovo učení a jeho vůdčí roli (Hájek & Bahbouh, 2016). Muhammed byl označován jako prorok milosrdenství, lásky a dobroty (Hemaya, 2012). Jeho učení však bylo již považováno za uzavřené. Mezi muslimy ale došlo ke sporu, kdo by měl chalífou být. Jedna část, ta převažující, požadovala za následníka váženého Kurajšovce voleného staršími obcemi – to bylo základním kamenem tradice. Zastánci toho názoru se dnes nazývají sunnitě – lid tradice a v prostředí islámu jich je většina. Sunnitě jsou v dnešním světě rozprostřeni především po severní Africe, velké části západní Afriky, Eritrey, části Etiopie, Keni, Tanzanie, Somálsku, jižním Balkánu, po

většině Turecka, Sýrie, Jordánska, Palestiny, Saúdské Arábie, po většině spojených arabských emirátů, Ománu, části Iráku a Jemenu, po většině části Afgánistánu, Pákistánu, Bangladéše, části Indie, západu Číny, středu Asie, jižní části Barmy, Malajsie, Singapuru, Indonésie a Ruska (Hájek & Bahbouh, 2016). Druhá část muslimů byla přesvědčena, že chalífou má být příbuzný Muhammeda. Adeptem pro tuto zodpovědnost byl na prvním místě Muhammedův bratranec, který byl zároveň i jeho zetěm. Jeho příznivci se nazývali strana Alího – tedy šiité. Dnešní šiité se většinou nacházejí především v Íránu a Ázerbajdžánu, menšinou v Íráku, Afgánistánu, Jemenu, Bahrajnu, ve východní části Turecka a Libanonu. Prvním chalífou byl nakonec zvolen jeden z Muhammedových tchánů a spolupracovníků. Následovníci jednotné muslimské komunity byli čtyři a šiity byl zvolen až čtvrtý. První čtyři chalífy uznávají do nynějška pouze sunnité. Pro šiity se jednalo u prvních třech chalífů o uchvatitele uzurpující si cizí práva a požitky. Pátý chalífa byl zvolen šiity a následně zavražděn. V roce 680 došlo k dovršení sporu mezi sunnity a šiity. Od té doby nemá islám jednoho vůdce, ale každý stát a jednotlivé obce mají samostatnou hlavu komunity. Ústřední autorita však není podmínkou a být nemusí (Hájek & Bahbouh, 2016). Tato funkce byla v roce 1924 oficiálně zrušena, a i přes několik pokusů následovnictví obnovit, k obnovení již nedošlo. V roce 2014 byl v rámci Islámského státu prohlášen za nového chalífu Abú Bakr al-Baghdádí se záměrem, aby se mu všichni muslimové úplně podvolili a přísahali mu oddanost (Mendel, 2018).

2.4 Trilogie Islámu

Svaté knihy Trilogie, do kterých jsou bez jakékoliv návaznosti či nějaké časové osy zaznamenány příběhy, skutky a Muhammadovo zjevení. Tato Trilogie je složena z Koránu (14%), Hadidy (60%) a Siri (26%). Žádný jednotlivý text z Trilogie nedává smysl sám o sobě, není možné jim porozumět bez zbylých textů. V Koránu chybí příběh a není zde příliš uváděn historický průběh. Sunna je tvořena ze Siri a Hadidy, jedná se o sepsání Muhammedových činů. Sira obsahuje Muhammedův život a šíření Islámu, zatímco Hadída neboli tradice jsou krátké příběhy o tom, co udělal nebo řekl (Warner, 2015).

2.5 Korán

Přednes zjevení je významem slova Korán. Jedná se o nestvořené, věčné, a především přímé slovo Boží (Hájek & Bahbouh, 2016).

„Korán je slovo Boží zjevené Muhammedovi Svatým Duchem Gabrielem a lidská představivost není schopna vytvořit nic, co by se této knize podobalo. Muhammedovi společníci byli podle všeobecného soudu největšími mistry arabského jazyka a měli obrovskou touhu vytvořit text, který by s Koránem mohl soupeřit. Ale nepodařilo se jim vytvořit nic, co by se Koránu jen přiblížilo obsahem nebo stylem. Muhammed přitom neměl žádné formální vzdělání a nedělal s tím žádné tajnosti. Jeho největší zásluhou je, že byl negramotným člověkem, který vzešel z negramotných lidí, aby učil celé lidstvo, gramotné, či negramotné, pravému poselství Božímu. To je první skutečnost, která se týká Koránu, Slova Božího.“ – ‘Abd al-‘Āfī Ḥammūda

Jako druhou skutečnost uvádí ‘Abd al-‘Āfī (2010) její nepopiratelnou hodnověrnost obsahu a uspořádání. Jedná se o vlastnost, kterou se nevyznačuje žádná jiná kniha a pravděpodobně se tak v budoucnosti ani nestane. Důvěryhodnost Koránu tedy nedává možnost k pochybnostem týkajících se čistoty, původu anebo ucelenosti celého obsahu a textu. V 91 částech textu Korán zmiňuje, prorokova Muhammedova slova a činy jsou pro lidstvo posvátným vzorem.

Text Koránu obsahuje 77934 slov, 114 súr a 6204–6236 veršů. Korán se vyskytuje ve dvou uspořádáních. První uspořádání je vhodné pro bohoslužebné čtení, kdy jsou zde súry řazené od nejdelší po nejkratší. Nevýhodou je zajisté to, že nejsou chronologicky řazené. Chronologicky řazené jsou súry v druhém uspořádání, které slouží k teologickému studiu (Hájek & Bahbouh, 2016). Hrbek chronologicky rozdělil překládaný Korán na súry prvního mekkánského období, súry druhého mekkánského období, súry třetího mekkánského období a súry medínského období (Korán, 2012).

2.6 Pět pilířů Islámu

Arkán ad-dín, v překladu pět pilířů islámu obsahuje pět základních povinností věřícího vůči Bohu. Řád určený Bohem je členěn na vztah mezi člověkem a Bohem – ‘ibadát a vztah člověka k jinému člověku – mu‘ámalát. Pilíře islámu jsou tvořeny z pěti složek, a to ze šahády – svědectví, zakátu – povinné almužny, saumu – půstu, hadždždu – poutě do Mekky a salátu – modlitby. K těmto pěti pilířům je možné přiřadit další dva a to taháru

– rituální očistu a džihád – boj za víru slovem a skutky (Hájek & Bahbouh, 2016). Pět piliřů bývá vyobrazováno jako dlaň s pěti prsty (Křikavová et al., 1990).

2.6.1 Šaháda

Lá iláha illá'lláh, v překladu „Není božstva kromě Alláha a Muhammad je posel Alláhův. Jedná se o nejdůležitější z pěti piliřů (Ibrahim, 2003). Termín Šaháda znamená svědectví či dosvědčení a v moderní arabštině pak vysvědčení či certifikát. Pokud se na význam termínu podíváme z náboženského hlediska, znamená vyznání víry (Charles & Beth Daroszewski, 2012; Kropáček, 2003). Šaháda je slovním vyjádřením hlášení se k islámu, jistého pohledu na svět a odevzdání se do vůle boží. Kdokoli, kdo vyřkne šahádu se v ten moment stává po formální stránce muslimem, i přes to že nebyla upřímně míněná (Křikavová et al., 1990). Skládá se ze dvou částí, a to popření a potvrzení. Popření hlásá, že není božstva kromě Boha a potvrzení naopak strvuje, že Muhammed je posel Boží (Sardar, 2004). Šaháda provází muslima po celý jeho život, je součástí modlitby a dle šari'y ji má muslim vyslovit před smrtí. Ten, kdo vysloví šahádu před smrtí se nazývá šahíd – vyznavač a je připraven k cestě do ráje (Křikavová et al., 1990).

2.6.2 Zakát

Jedná se o uzákoněnou almužnu, která vychází z idey, že hmotné statky z tohoto světa jsou příčinou zla a nenávisti. Islámské právo charakterizuje almužnu jako navrácení části majetku, kterou Alláh umožnil člověku získat. Jedná se o odpustek za hříšnou touhu vlastnit. Význam očisty je obsažený i ve slově zakát. Almužnu musí odvádět každý muslim, který přesahuje jasně dané minimum majetku (Křikavová et al., 1990). Obecná podstata pokynů v Koránu ovšem klade důraz na to, že věřící by měli dávat almužnu ve formě toho, co jim přebývá či zbyde (Kropáček, 2003). Povinnost tedy není vztahována pro osoby, jež na almužnu již nemají. Jedná se například o otroky, tělesně a duševně postižené a děti. Almužna byla odváděna vždy ke konci lunárního roku. Výtěžky této daně byly věnovány na sociální a kulturní účely. V dnešním světě má almužna své základy v obdarování chudých, sirotků či jiné sociálně slabší skupiny (Křikavová et al., 1990). Zakát je možné předávat přímo těm, kteří by jej měli obdržet, nicméně je však preferováno předání zakátu úřadům, které zajistí jejich spravedlivé rozdělení (Kropáček, 2003). Sadaka je výraz pro dobrovolnou daň z majetku, kdy přímo slovo sadaka znamená spravedlnost. V některých zemích je sadaka jediným spolehlivým zdrojem obživy pro sociálně slabší skupiny včetně mentálně a tělesně postižených, válečných invalidů, slepců, sirotků a vdov (Křikavová et al., 1990). V dnešní době je

zakát, který je poskytován na konci ramadánu prostřednictvím almužny pro chudé, významným prvkem Islámu a je respektován jako úctyhodný čin vyjadřující obrovskou zbožnost (Kropáček, 2003). Dalším projevem dobročinnosti je i poskytování bezúročných půjček. Nenese žádná omezení a existuje ne jako povinnost, ale jako osobní volba v souladu se svědomím a duchovním rozvojem každého jedince (Haeri, 1997).

2.6.3 Saum

Jedná se o půst, kde dle 'Abd al-'Āfī (2010) „*muslim zbavuje žaludek všech materiálních věcí: naplňuje tím svou duši mírem a požehnáním, své srdce naplňuje láskou a soucitem, svého ducha naplňuje zbožností a vírou, svou mysl naplňuje moudrostí a rozhodností*“. Je považován za nejpřísnější a nejnáročnější z islámských obřadů. Závaznou normou pro půst se stal osmý měsíc v lunárním kalendáři – ramadán, který byl už za starých Arabů považován za posvátný. Půst začíná za úsvitu vyslovením předsevzetí – *niji* a končí západem slunce (Křikavová et al., 1990). V tuto dobu se věřící musí vyvarovat smyslového rozptýlení a vzrušení, včetně intimního styku. Během půstu se musí zdržet i pomluv, a to jak jejich šíření, tak i jejich poslouchání. Dále by se měli vyhnout jakémukoliv hněvu a všem ostatním nectnostem. Do půstu totiž řadí i půst smyslových a tělesných orgánů. Jedinec se pak musí chovat tak, aby svým chováním Boha potěšil (Haeri, 1997). Půst se týká všech dospělých a zdravých muslimů. Výjimka je udělena nemocným, cestujícím a ženám během menstruace či těhotenství. Konec půstu připadá na první den následujícího měsíce – tedy šavvál, který znamená „malý svátek“. Jedná se o svátek, stejně jako u ramadánu, nekonečného veselí, kdy muslimové oslavují seslání koránu. V tento den se koná slavnostní modlitba a každý muslim má po ní dát almužnu tomu, kdo u něj stojí nejbliže a tuto almužnu potřebuje (Křikavová et al., 1990).

2.6.4 Salát

Salát, tedy modlitba, je klíčovou a každodenní náboženskou povinností muslima, která vedle obřadů hadždže představuje jedinou závaznou formu islámské bohoslužby. Nesmí být spojována s jakoukoliv snahou žádat od Boha cokoli jiného než správné vedení. Jedná se o pokorný a čistě bohabojný projev (Kropáček, 2003). Je vnímána jako čistě rituální projev zbožnosti, který není zaměřen na zvláštní prosby či žádosti k Bohu (Pavlincová, 2003). Salát je závaznou povinností vůči Bohu a je nutné jej vykonávat s ohledem na tradice a bez ohledu na místo či národnost muslimů jen v arabštině. Celá sestava íbadát je tvořena několika zásadními náležitostmi. Pro každého dospělého a duševně zdravého věřícího jsou tyto náležitosti přísně závazné. V případě onemocnění

je možné provádět modlitbu variantou obsahující snazší sérii pohybů dle zdravotního stavu jedince nebo je možné modlitbu dočasně odložit, ale následně po uzdravení či dosažení takového zdravotního stavu dovolující modlení musí muslim neprovedené modlitby nahradit (Kropáček, 2003). Ženy pak nesmí mít menstruaci, rodit anebo být v šestinedělí. V případě těchto okolností jsou ženy od modliteb zcela osvobozeny. Islám rozlišuje tři druhy modliteb a to povinné, dobrovolné a nepovinné. Prvními z nich jsou modlitby povinné, které zahrnují pět pravidelných modliteb, účast na pátečních shromážděních a pohřební modlitbu. Druhým typem jsou pak dobrovolné modlitby, které se provádějí společně s povinnými modlitbami a shromáždění během dvou velkých svátků. Posledním typem jsou modlitby nepovinné, které mohou být vykonávány prakticky kdykoliv během celého dne, ale i noci ('Abd al-'Āfī, 2010). Modlitba je vykonávána pětkrát denně ve stavu rituální čistoty, tedy taháru (Hájek & Bahbouh, 2016). Termín tahára vyjadřuje čistotu těla, morální a rituální. Před započatím samotného modlitebního aktu je vykonáváno očistné mytí, které se odvíjí od míry znečištění jedince. Mešity jsou vybaveny umývárny, ve kterých je možné provést očištění tváře, hlavy, rukou a nohou (Kropáček, 2003). V případě velkého znečištění je nutná celková koupel s vypláchnutím nosních otvorů a úst ('Abd al-'Āfī, 2010). Tvoří klíčový aspekt platnosti modlitby a hadždže (Hájek & Bahbouh, 2016). Počátek modliteb je odvozený od západu slunce, kdy se vykonává první modlitba al-maghrib. Druhá modlitba al-išá je prováděna nejdříve dvě hodiny po soumraku. Třetí salát as-subh se koná za svítání. Čtvrtá modlitba az-zuhr se vykonává v poledne a pátá al-asr se provádí v pozdním odpoledni (Pavlincová, 2003). Tyto časy můžeme zobecnit na úsvit, poledne, odpoledne, při západu slunce a po západu slunce. Modlitba je vykonávána na koberečku sadždžáda nebo na čistém místě, přičemž věřící směřuje svou modlitbu správným směrem k Mekce (Hájek & Bahbouh, 2016). Náležitě odění dle Kropáčka (2003) znamená důkladné zahalení stydkých míst. U mužů musí být zahalena oblast mezi kolena a pupkem. U žen se pak jedná o zakrytí celého těla vyjímaje obličej a ruce od zápěstí. Tento předpis zároveň stanovuje, jaká je přiměřená míra zahalení ve společnosti cizích mužů.

2.6.5 Hadždž

*„A Bůh uložil lidem pout' k chrámu tomuto pro toho, kdo k němu cestu může vykonat“
(Korán, 3:97)*

Posledním pilířem islámu je pout' do Mekky, kterou by měl absolvovat alespoň jedenkrát v životě každý dospělý, duševně a fyzicky zdravý jedinec, který je finančně zabezpečený,

bez ohledu na pohlaví (Hájek & Bahbouh, 2016). Před samotnou cestou, musí poutník zajistit uspořádání materiálních záležitostí doma, splatit své případné dluhy a zajistit svou rodinu po dobu své nepřítomnosti. Současně by se měl vyrovnat se svými minulými proviněními a učinit upřímné předsevzetí žít v souladu s božími příkazy a projevovat ctnostnost vůči Bohu, ale i lidem (Kropáček, 2003). Hadždž začíná sedmého dne měsíce dhú-l-hidždža, vrcholí desátého dne a její konec je pak třináctého dne (Hájek & Bahbouh, 2016). Během pouti v určité vzdálenosti před dosažením Mekky se poutník připravuje rituálním omýváním a obléká si ihrám, tedy dva kusy bílé bezešvé tkaniny. Po příchodu na posvátné místo vykonává předepsané rituály, které nesou velmi hluboký symbolický význam (Haeri, 1997). Jedním z nich je tawáf, poutník musí sedmkrát obejít Ka'bu a zároveň se přitom snažit políbit nebo se alespoň dotknout černého kamene. Dále navazuje sedminásobný běh mezi pahorky Safá a Marwa mimo obvodu mešity. Tento rituál má připomínat, jak se Ibrahám snažil najít vodu pro synka, který umíral žízní. Následuje kázání v chrámu Ka'by podávající výklad obřadů (Kropáček, 2003). Výstup na pahorek Arafát je dalším rituálem. Jedná se o nejvyšší bohoslužebný akt, při kterém se masy lidí shromažďují na Arafátu a vyjadřují tím svou touhu po osvícení a spasení (Haeri, 1997). Zde po dokončení dopolední a odpolední modlitby a dvou chutbách provádějí obřad stání, který je vykonáván za hlasitých zbožných projevů. Obřad stání trvá do západu slunce a po jeho dokončení běží poutníci k mešitě Muzdalifa (Kropáček, 2003). V poušti Mina pak následují další dva symbolické akty, a to kamenování ďábla jako připomínka toho, co udělal Abrahám, když mu vnitřní hlas našeptával, aby neposlechl Boha, když od něj žádal oběť svého syna a druhým symbolickým aktem je pak obětování zvířete stejně tak, jako jej obětoval Abrahám poté, co se rozhodl obětovat svého syna (Haeri, 1997). Nakonec se někteří poutníci ještě vydávají na pouť do Medíny ke hrobu Proroka (Hájek & Bahbouh, 2016). Hadždž je využíváno i jako zdvořilé oslovení staršího a váženého člověka i přes to, že třeba pouť do Mekky nevykonal (Pavlincová, 2003).

2.7 Šaría

Šaría v překladu znamená „islámské právo“. Není to zákon, ale soubor nařízení, zásad a hodnot, od kterých je odvozována legislativa a zákony (Sardar, 2004). Jedná se o soubor předpisů zjevených Bohem a měly by být dodržovány jako součást náboženských povinností zbožných muslimů. Platnost a legitimitu šaría získává z božského původu, je považována za vyjádření boží vůle a není závislá na autoritě žádného pozemského

zákonodárce nebo jednotlivce (Potměšil, 2012). Jedná se o rozsáhlý právní systém, upravující nejrůznější oblasti života muslimů. Zahrnuje mimo náboženské povinnosti, jako je pět pilířů víry, také občanské právo, do kterého spadá majetkové, dědické, manželské, ale i rodinné právo a podobně. Šáří'a se tedy dotýká všech aspektů lidského chování. Má za úkol zajistit soulad s islámskými principy a hodnotami (Malecká, 2014). Často vylučovaným bývá trestní právo, které stanovuje nevhodné jednání a systematicky určuje za porušení těchto zákazů soubor trestů. V rámci islámského práva se lidské činy dělí do několika kategorií, a to činy povinné, činy bohulibé, činy indferentní, činy Bohu odporne a zakázané (Pavlincová, 2003). Žádný důležitý aspekt života muslima není ponechán bez zákonné úpravy. Zákony a ustanovení platí v každém období života, a to od samotného narození až po pohřeb (Kropáček, 2003).

2.8 Sunna

Sunna je souborem názorů a činů proroka Muhamedda vycházejících z Koránu a tvoří jeden ze základních kamenů islámského práva (Crofter, 2006; Denny, 1998; Pavlincová, 2003). Je vnímána jako vzor dokonalého chování každého muslima (Sardar, 2004). Základní složkou Sunny je al hadíth aš – šarif. Sunnou se řídí sunnité, zatímco šiité žijí vlastní tradicí a výkladem Koránu, který je pro ně jediným svatým spisem (Hájek & Bahbouh, 2016). Sunnu mimo Proroka propagovali a dotvářeli i jeho druhové a blízcí následovníci. V této souvislosti Kropáček (2003) vyzdvihuje především první čtyři chalífy. Opakem sunny je pak bid'a, tedy nevhodné novátorství (Hájek & Bahbouh, 2016). Sunna je chápána jako praktické chápání povinností, které Korán chápe spíše obecně. Mezi tyto povinnosti můžeme řadit například vykonávání denních modliteb, jak správně provádět očistné omývání, jak se správně postit apod. (Kropáček, 2003). Dále slouží jako určitý průvodce životem zbožného muslima v otázkách morálních a společenských. Pokud chce žít muslim zbožný život, musí následovat pravidla a příklady stanovené v Sunně (Sardar, 2004).

2.9 Muslimský pacient v prostředí českého zdravotnictví

Česká republika je středně velkým průmyslovým a vyspělým státem, který je cílem migrace pro jedince či skupiny z jiných zemí. Ti jsou pak součástí multietnické a multikulturní společnosti (Hernová, 2003). Dle Českého statistického úřadu se při Sčítání lidu, domů a bytů v České republice v roce 2011 hlásilo celkem 1921 občanů k islámu a 1437 občanů k Ústředí muslimských obcí (ČSÚ, 2011). V roce 2021 to však bylo již 5132 občanů hlásících se k islámu a 112 občanů hlásících se k Ústředí

muslimských obcí (ČSÚ, 2021). V Listině základních lidských práv a hodnot v článku 31 je ustanoveno, že každý jedinec má právo na ochranu zdraví. Občané mají s ohledem na veřejné pojištění právo na zdravotní péči, která je bezplatná a na zdravotní pomůcky za podmínek, které jsou zákonem dané (Listina základních lidských práv, 1992). Dle Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky mají na veřejné zdravotní pojištění nárok ti cizinci, kteří získají trvalý pobyt na území ČR nebo za předpokladu, že jsou zaměstnání u zaměstnavatele, který má na území České republiky sídlo či trvalý pobyt. Tento postup se ale nevztahuje na nevýdělečné pobyty jako je turistický pobyt u cizinců ze zemí mimo EU. V tomto případě si musí cizinec zajistit komerční pojištění (VZP ČR, 2019)

Špirudová et al. (2004) uvádí, že je u cizinců s ohledem na nedostatečnou znalost jazyka a bezpečnostních předpisů práce vyšší výskyt pracovních úrazů, posttraumatické a adaptační poruchy spadající do reaktivních duševních poruch, tělesná onemocnění, stomatologické potíže a vyšší výskyt infekčních onemocnění, která jsou běžná v zemích, ze kterých přicházejí. Vyzdvihuje názor, který směřuje k zavedení povinné lékařské prohlídky před nástupem do zaměstnání jako prevence pozdějších vysokých nákladů na zdravotní péči. Přesné statistiky týkající se hospitalizací muslimů v českých nemocnicích v roce 2021 nejsou vedeny. Ze souhrnných informací týkajících se všech cizinců však vyplývá, že největší počet hospitalizací je u žen sestupně z důvodu těhotenství, porodu a šestinedělí (12171), faktorů ovlivňujících zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami (4134), nemoci močové a pohlavní soustavy (3246) a novotvary (2720). U mužů jsou to pak ve stejném pořadí nemoci oběhové soustavy (3754), poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (3575), nemoci trávicí soustavy (3291) a nemoci dýchací soustavy (3130). Celkový počet hospitalizací cizinců v roce 2021 je 61564, z toho se týkalo 34838 hospitalizací žen a 26726 hospitalizací mužů (ČSÚ, 2021).

3 Specifika v ošetřování muslimských pacientů / Zdraví a nemoc z pohledu Islámu

Člověk je bytost stvořená Alláhem. Vděčí mu tedy jak za svou existenci, tak za vše ostatní, na čem je závislý jeho život a musí mu tedy vyjadřovat a dokazovat svou vděčnost a poslušnost (Pavlincová, 2003). Člověk má vnitřní a vnější uskutečnění svého bytí. Tím vnitřním je duše a vnějším bytím je tělo (Hájek & Bahbouh, 2016). Pro muslimy je duše životním principem, dechem života a božským duchem, který v případě smrti přežívá a opouští tělo (Boëlle-Rousset et al., 2006). Tělo je Alláhovým darem, o který je nutno pečovat a nesmí se svévolně a bezdůvodně poškozovat. V Islámu na rozdíl od jiných abrahámovských náboženství zaujímá důležitou roli srdce, které je z pohledu víry podstatou a centrem těla. Je považováno za jakýsi přechodný most mezi dočasným životem na tomto světě a věčným bytím. Je velmi důležitým aspektem, protože na konci bytí člověk nebude posuzován podle stavu tělesné schránky, nýbrž podle stavu a hodnoty svého srdce (Hájek & Bahbouh, 2016). Stav, kdy je člověk nemocný, není trestem božím, ale zkouškou. Jedná se o zkoušku, která je příležitostí k uvědomění si různých “nemocí srdce”. V takový moment se člověk od Alláha neodvrací, ale naopak k víře obrací svou veškerou energii a pozornost a vzhlíží k němu s nadějí a důvěrou. Nemoc je také chápána jako stav, který umožňuje očistění od hříchů. Stav srdce je v islámu hodnocen několika atributy, které jsou důležité pro hodnocení jeho stavu. Těmi jsou u zdravého srdce víra v Alláha, upřímnost v jednání, pokora, naděje Alláhovy prozřetelnosti, spokojenost, uznávání Svatého práva a nezištná Boží láska. U nemocného srdce se pak jedná o nevíru v Alláha, pokrytectví, aroganci, ztrátu naděje v Alláhovu milost, nespokojenost, pohrdání svatým právem a nestálá či materiální láska. Pouze z Alláhovy vůle najde srdce uzdravení a klid, a proto je Korán chápán sám o sobě jako uzdravení. (Asadzandi, 2020; Hájek & Bahbouh, 2016). Bratinková (2011) ve své práci zmiňuje, že ošetřovat muslimy je výzvou pro většinu sester v celém světě a klade důraz na potřebu znalosti islámu a jeho vlivu na každodenní život muslimů k tomu, aby byla péče o ně efektivní. Uspokojování individuálních potřeb pacienta je klíčovým pro zajištění kvality ošetrovatelské péče. Proto je ale ovšem nezbytné, aby měl ošetrovatelský personál odpovídající znalosti a schopnosti. Měl by být schopný vyhodnotit současný zdravotní stav pacienta a jeho reakci na případné neuspokojení potřeb včetně těch, které jsou spojeny s odlišnou kulturou a na základě toho kontinuálně zajišťovat individuální péči (Kober, 2008). Janků et al. (2016) ve své studii vyzdvihuje, že existuje pouze malé množství studií zaměřených

na ošetřování muslimských pacientů v prostředí českého zdravotnictví a není možné najít studii, která by se zabývala konkrétními aspekty péče o muslimské pacienty. Muslimští pacienti v našem prostředí představují malou skupinu osob a jejich ošetřování je ovlivněno nejen vzdáleností nebo blízkostí kultur, oboustrannými jazykovými dovednostmi a adaptačními schopnostmi.

3.1 *Komunikace s muslimským pacientem*

Komunikace je klíčovým faktorem ovlivňujícím mezilidské vztahy a je nepostradatelnou součástí lidské společnosti. Je nezbytným aspektem pro zajištění sociálního systému, protože bez komunikace jako takové by neexistovala žádná sociální skupina. Komunikace je jakýmsi spojovacím mostem mezi jedinci a sociálními skupinami. Napomáhá k uspokojování potřeby sociálního styku (Plevová et al., 2011; Zacharová, 2016). Komunikace je nástrojem jednotlivých interakcí mezi lidmi a vzhledem ke zdravotnické praxi slouží sestřím k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestra musí během své praxe ovládat komunikaci ve třech rovinách, a to komunikaci sociální, specifickou a terapeutickou. Sociální komunikace prakticky znamená běžný hovor při kontaktu s pacientem. Specifickou neboli strukturovanou komunikaci využívá sestra v případě, kdy pacientovi sděluje důležitá fakta, motivuje ho k další léčbě, působí edukačně a podobně. Nakonec terapeutická rovina komunikace zaujímá neméně důležité místo v komunikaci s pacientem a má za úkol poskytnout pomoc a oporu v těžkých chvílích, pomoci při adaptaci na změnu a další (Venglářová & Mahrová, 2006). Základní dělení komunikace je dělení na verbální a neverbální komunikaci. Tyto dvě formy komunikace se spolu navzájem doplňují nebo se navzájem mohou zastupovat. Není výjimečným stavem, že projevy verbální komunikace mohou být v rozporu s neverbálními projevy a naopak (Zacharová, 2016). Neverbální komunikace v mnoha případech může lépe zprostředkovat pocity člověka lépe než verbální forma. Multikulturní komunikace je efektivní komunikací pouze za předpokladu, že účastníci navzájem pochopí význam předávané informace. V rámci multikulturní komunikace často vznikají komunikační bariéry (Hornáková, 2008). Tito pacienti mívají často velký strach a zároveň se bojí i zaměstnanců nemocnic, a to především z důvodu nedostatečné jazykové vybavenosti a zároveň strach ze situace, že nebudou pochopeni.

3.1.1 *Verbální komunikace*

Pokud s muslimskými pacienty lékař dostatečně nekomunikuje, tak mívají dojem, že jsou velmi vážně, či dokonce i smrtelně nemocní. Dalším problémem je jejich nepřekonatelná

hrdost, která jim nedovoluje doptávat se na informace i přes fakt, že například terminologii či výkladu nerozumí. To platí i v případě ověření stran lékaře, zda pacient porozuměl tomu, co mu říká. Pokud je to možné, odpovídá ano (Špirudová et al., 2004). Během komunikace s muslimským pacientem je nutné dodržovat komunikační tabu i přes to, že v naší kultuře se jedná o zcela běžnou součást osobní anamnézy. V případě sbírání anamnézy od muslimské ženy by měla, pokud je to možné, zjišťovat tyto informace lékařka, a to jak stran lepšího a otevřenějšího přístupu muslimky, tak ale i pozitivního náhledu na situaci stran jejího muže (Kutnohorská, 2013). Pro muslimy není obvyklé mluvit s osobou nevyznávající islám, obzvláště pak s osobou opačného pohlaví, o rodinných a intimních problémech. V případě zjišťování informací týkajících se základních fyziologických funkcí jako je stolice, moč, zvracení, výtok a tak podobně, se muslimští pacienti častokrát stydí. Muslimská pacientka nemluví o svém těhotenství s lékařem, a to i ve chvíli, kdy například krvácí. Má strach, že by jí mohlo být přáno něco zlého nebo by to mohlo být přivoláno (Špirudová et al., 2004). Pro svobodné, starší osoby bývá nepříjemná otázka na jejich rodinný stav, protože nebýt ve svazku manželském je považováno za poskvrnu. Dotazování se muslimské pacientky na děti je velmi nevhodné, a to jak u svobodné ženy, tak u vdané. U svobodné ženy se jedná především o fakt, že mimomanželský pohlavní styk je přísně zakázán a u bezdětné vdané ženy by mohl být dotaz vnímán jako urážka, protože může mít pocit, že její bezdětnost je jí vyčítána (Kutnohorská, 2013). Dle Ivanové (2005) se tato tabuizovaná témata dají v nemocnici jenom stěží obejít, a proto by měli zdravotníci při sběru informací postupovat pokud možno obezřetně a počítat i s negativními reakcemi pacienta.

3.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace má v ošetřování muslimského pacienta stejně tak důležité místo jako komunikace verbální. Začneme vizuálním kontaktem, který je v islámské kultuře s osobou opačného pohlaví považován za vyzývavost, a proto je vnímán jako jedním z tabu. Muž by se měl k pacientce muslimce chovat rezervovaně (Špirudová et al., 2004). V případě, že by se zdravotnický pracovník pokoušel o intenzivnější vizuální kontakt, mohl by manžel pacientky reagovat prudce nebo až agresivně (Ivanová, 2005). Podání ruky je také ovlivněno kulturou, ve které žijeme. Zatímco v naší kultuře je podání ruky běžným projevem zdvořilosti, v islámské kultuře není obvyklý. U ortodoxních muslimů jsou celkově jakékoliv tělesné doteky mezi cizími ženami a muži tabu. Ženy se v těchto situacích mohou zachovat tak, že přes svou ruku položí látku, která zamezí přímému

kontaktní. Muži pak ve stejné situaci s opačným pohlavím mohou reagovat tak, že buď podání ruky odmítnou za zády zkříženými rukami nebo si na vyjádření pozdravu kladou ruce na srdce (Kutnohorská, 2013). Mezi specifické aspekty komunikace ve zdravotnickém prostředí patří také dotyk, který zde má své nezastupitelné místo. V islámské kultuře se může muž dotknout jen žen, které jsou z jeho rodiny. V případě vyšetření pacientky se muž nesmí dotknout určitých míst (Kutnohorská, 2013). Pro muslimy je naprosto nevhodným dotykem uchopení druhého za rameno. V naší kultuře se jedná například o projev útěchy, zatímco u muslima navozuje dojem podmanění (Khidayer, 2011). Dalším specifickým je pohyb hlavy, kdy to, že muslimský pacient krátce nadzdvihne hlavu, mlaskne a vrátí ji do výchozí polohy znamená „ne“ a „ano“, je vyjadřováno jako jeden či více pohybů hlavy směrem dolů. Třesením hlavy je vyjadřován údiv „snad“ anebo „možná“ (Špirudová et al., 2004). Rozlišování podání pravé a levé ruky je velmi důležitý aspekt islámské kultury. Islám stanovuje, že levá ruka je nečistá, a tak je k podávání nejenom čistých věcí určena pravá. Podání čokoliv levou rukou je muslimy obecně vnímáno jako nevychované nebo urážlivé (Ivanová, 2005).

3.1.3 Vyjádření bolesti

Muslimové často vyjadřují bolest mnohem intenzivněji, hlasitěji a zřetelněji, než známe z naší kultury. Při vyšetření onoho bolestivého místa se projevy mohou ještě zesílit pro umocnění důkazu, že to opravdu bolí. Hlasité bolestivé projevy však nemusí nutně znamenat, že jsou bolesti nesnesitelné a vyžadují tisíci prostředky. Vyjádření bolesti ve zdravotnickém zařízení je pak ještě umocňováno strachem a bezradností v neznámém prostředí, strachem z bolesti zapříčiněné během vyšetření, pocitem nerespektování zdravotnickým personálem nebo vlivem komunikačních bariér, kvůli kterým není schopen bolest lépe popsat (Špirudová et al., 2004). Je nutné, aby zdravotničtí pracovníci dostatečně komunikovali s nemocným, aby mohli přiměřeně a objektivně zhodnotit bolest. Důležitým aspektem péče o pacienta s bolestí je pak jeho samotné zapojení do diskuze o výhodách či vedlejších účincích dostupných léčebných postupů (Boucher et al., 2017). Jsou ale i muslimští pacienti, kteří nemají téměř žádné projevy bolesti. Těmi jsou především ortodoxní muslimové, kteří mají sklony své bolesti skrývat, protože bolest je Bohem chtěná a měla by být přijímána. Mohou to být ale i pacienti, kteří nechtějí rušit chod oddělení a být nápadní. Při pocíťování bolesti pacienti potřebují podporu a pozornost zdravotnického personálu. Často pomohou i slova či gesta útěchy nebo dobrá domluva (Špirudová et al., 2004).

3.2 *Modlitby*

Součástí muslimské identity je provádění modliteb (Boëlle-Rousset et al., 2006). Nemocní vyznavači islámu jsou zproštěni povinnosti modlení se, ale mnozí z nich cítí potřebu vykonávat modlitby i v nemocnici. Mít během modlitby soukromí je pro muslimy, a především pro muslimky, velmi důležité (Ivanová, 2005). Je nutností respektovat potřebu očisty před modlením, nedotknutelnost koberečku a také neprocházet před modlícím se muslimem, protože by mohlo dojít k porušení pomyslného spojení s Mekkou (Kutnohorská, 2013). Každý pátek provádějí muslimové společné modlitby. Je vhodné, aby zdravotnické zařízení mělo místnost, ve které mohou společnou páteční modlitbu vykonat. V místnosti by měl být vodovod pro rituální očistu a nesmí být společná pro obě pohlaví. Ženy a muži se musí modlit odděleně. Pro muže jsou společné modlitby povinné, zatímco pro ženy dobrovolné (Ivanová, 2005).

Korán popisuje vodu jako symbol projevení božství, které umožnilo existenci života. Je nezbytná k provedení očištění, jež je nutné před vykonáním každé modlitby. V případě nutnosti může věřící použít k očištění rituálu použít i písek (Kutnohorská, 2013). Špirudová et al. (2004) uvádí, že „*Normální hygienická péče nemůže nahradit mytí rituální*“. Muslim před zahájením mytí musí uvést záměr očisty, mýt se pod tekoucí vodou a dodržet určité pořadí. Může se stát, že po klasické hygienické péči vysloví pacient přání ještě jednoho umytí, tentokrát ale rituálního (Špirudová et al., 2004). Jako znečištěný je muslim označován v případě, že krvácí, probíhá mu v těle zánětlivý proces, byl na toaletě, spal, byl v bezvědomí, měl pohlavní styk nebo pokud je žena po gynekologickém vyšetření (Ivanová, 2005). Za velké znečištění, po nichž musí dojít k celkovému mytí, je považována menstruace, porod anebo pohlavní styk (Kutnohorská, 2013).

3.3 *Stravování*

Obrovský význam klade islámská kultura na stravování. S tímto tématem souvisí i pohostinství, které je bráno velmi vážně. Jakýkoliv návštěvník je pohoštěn v kteroukoliv denní i noční dobu. Odmítnutí pohostinství by znamenalo urážku hostitele (Kutnohorská, 2013). Se stravováním samozřejmě také souvisí stolování, které je pro muslimy společenskou událostí, kdy se u jídla setkává celá rodina. V případě, že je někdo z rodiny hospitalizován, snaží se zabránit tomu, aby pacient musel jíst sám. Dalším požadavkem bývá, aby mohla rodina pacientovi sama vařit a nosit mu domácí stravu do nemocnice (Špirudová et al., 2004). Klíčovým pro celé stravování je dodržování vyřazení

zakázaných, tedy nečistých a škodlivých potravin. Zakázané je jakékoliv požívání zdechlin, krve zvířat, konzumace vepřového masa a všechny výrobky z něj, konzumace masa zasvěceného či obětovaného jinému bohu, požívání zdomácnělých oslů, dravé zvěře se špičáky a jakýchkoliv dravých ptáků s pařáty (Hájek & Bahbouh, 2016). Muslimové nesmějí konzumovat alkohol, a to ani pokrmy, které na něm byly připravovány (Ivanová, 2005). Linhartová et al. (2015) uvádí, že se tento zákaz týká i medikace, ve které je alkohol obsažen. Výjimkou jsou situace, kdy pacientovi lék více pomůže, než uškodí. V takovém případě po domluvě může medikament pozřít (Hájek & Bahbouh, 2016). Lhořan (2019) ve své publikaci uvádí, že pokud je něco zakázané, tak je zakázané i všechno, co k tomu svádí. V islámu je pak povolena konzumace veškerých ryb, mořských plodů a všech mořských tvorů, domácích savců vyjma šelem, dále konzumace všeho domácího ptactva a lovných zvířat. Zvíře však musí být usmrceno způsobem halál (Hájek & Bahbouh, 2016). Halál je speciální způsob rituálního porážení, kdy muslimové nechají zvíře vykrvácet. Halál se ale dotýká i samotné úpravy pokrmu. Maso by nemělo být mleté, jinak prakticky na úpravě nezáleží. Jednou z variant, kterou někteří muslimové využívají, je konzumace vegetariánské stravy během hospitalizace (Pavlincová, 2003; Ivanová, 2005). Muslimové konzumují veškeré jídlo pomocí pravé, čisté ruky. Chléb se nekrájí, ale láme. Voda je brána jako dar od Boha. S vodou se nesmí plýtvat, a proto ortodoxní muslim vždy vodu dopíjí a nikdy ji nevylije (Rolantová, 2012). Pacient i jeho rodina by měli být edukováni v oblasti dodržování všech dietních opatření a o případných následcích jejich nedostatečného dodržování. Dieta je v islámské kultuře porušována z několika důvodů. Prvním je myšlenka, že dostatečné množství dobrého jídla je tělu nápomocno, a to zejména v případě nemoci. Dalším důvodem je nedostatečné pochopení souvislosti mezi špatnou či nedostatečnou výživou a sekundárním onemocněním (Kutnohorská, 2013). Mezi nejčastější důvody, proč pacient nedodrží dietu, patří i ten, že mu nemocniční strava nechutná (Špirudová et al., 2004). V případě propuštění do domácího prostředí s nastaveným dietním opatřením pak hrozí porušení diety při návštěvě, během které nesmí pacient odmítnout pohoštění (Kutnohorská, 2013).

3.3.1 Půst

Osvobození od půstu mohou být pacienti krátkodobě nebo trvale. Krátkodobé osvobození se týká především těch pacientů, které trápí akutní onemocnění, během kterého by mohlo hladovění a žíznění zhoršit jejich stav. Tento dočasný odstup se pak ale muslimovi posouvá dále. Trvalé osvobození se pak týká pacientů s nevyлéčitelnými nemocemi či

stavy výrazného zhoršení zdravotního stavu pacienta (Hájek & Bahbouh, 2016). Dále jsou pak z půstu osvobozeny těhotné a kojící ženy za předpokladu poškození jejich vlastního zdraví anebo zdraví dítěte ('Abd al-'Āfī, 2010). Hassanein et al. (2017) uvádí, že dle důkazů dodržuje půst během těhotenství asi sedmdesát až devadesát procent žen. Stejně tak jako v předchozích situacích pak ale žena musí půst nahradit den po dni. Deset dní během ženiny menstruace a během čtyřiceti dní v období šestinedělí je půst přímo zakázán. Žena se následně postí náhradou ('Abd al-'Āfī, 2010). Věřící muslimové často mívají pocit, že lékař, který není islámského vyznání, nechápe v dostatečné míře význam a účel půstu.

Hájek a Bahbouh (2016) vyzdvihuje výzkumy v muslimských komunitách, které poukázaly na fakt, že více než padesát procent muslimů si samo upravuje dávky medikace či dietní opatření v případě, kdy nemohou oslovit lékaře islámského vyznání. Jakékoliv pozření léků porušuje půst. Stejně tak ale může nastat problém při aplikaci nosních či očních kapek, protože i ty se mohou dostat do zažívacího traktu. Problémem je i parenterální výživa, která je chápána za určité obejití výživy. Sublingvální podání léků, jako jsou například nitráty, není považováno za porušení půstu. Další zakázanou položkou na seznamu jsou inhalátory, protože se určité množství dostane skrze sliny do zažívacího traktu (Hájek & Bahbouh, 2016).

Půst během ramadánu se týká i pacientů s diabetem. Při dodržování půstu za těchto podmínek ovšem hrozí riziko hypoglykemie, hyperglykemie, diabetická ketoacidózy, ale i dehydratace či trombóza. Z těchto důvodů vytvořila Mezinárodní diabetologická federace ve spolupráci s Mezinárodní aliancí pro diabetes a ramadán metodiku a guidelines. Každý muslimský diabetik by měl alespoň šest až osm týdnů před ramadánem navštívit svého diabetologa pro zhodnocení jeho zdravotního stavu a rizik. Diabetici na dietě by měli dodržovat intervaly mezi jídly tak jako přes den mimo ramadán. Diabetici na perorálních antidiabetikách tablety užívají, ale mají odlišné načasování. V případě jedné dávky je užívána s prvním jídlem po západu slunce. V případě více dávek musí být rozloženy do přesného načasování podle předem určené frekvence dávky. U pacientů, kteří si aplikují inzulin jednou denně, je doporučeno rozdělit během ramadánu dávku na dvě menší, a to před rozbřeskem a druhou po západu slunce. U pacientů, kteří mají více než dvě dávky inzulinu se půst nedoporučuje. Pokud si pacient běžně aplikuje dvě dávky, jejich načasování je stejné jako u pacientů s běžně jednou dávkou inzulinu. Večerní dávka zůstává stejná, avšak dávka před rozbřeskem by měla být

snížena. Mezinárodní studie zaznamenaly významný nárůst hypoglykemických příhod během ramadánu (Hassanein et al., 2017).

3.4 Rodina

Rodina má pro muslimy velký význam, protože svým členům zajišťuje ochranu, stabilitu a zaopatření. V islámských zemích je běžné, že v jedné domácnosti žije několik generací. Muž v rodině zaujímá reprezentační roli, komunikuje s okolním světem a je povinen rodinu finančně zabezpečit. Muž má povinnost chránit své nejbližší jako manželku a děti, ale musí se postarat i o ty členy rodiny, kteří nemají partnery (Ivanová, 2005). Od dětí je očekávána láska, úcta a oddanost rodičům za jejich péči, blaho a naplňování vzdělávacích potřeb (Rolantová, 2012). Muž je v islámské kultuře považován za hlavu rodiny. Později nebo v době jeho nepřítomnosti jeho roli přejímá nejstarší syn. V islámských zemích pečuje ve zdravotnickém zařízení o pacienta jeho rodina. Nosí svému příbuznému domácí stravu a je zcela běžné, že zde i nocují (Ivanová, 2005). Často se pokoušejí jídlo uvařit na lihovém vařiči přímo na pokoji nemocného (Špirudová et al., 2004). V našich podmínkách se pak vzhledem k návštěvním hodinám cítí muslimský pacient opuštěný a izolovaný. Tyto pocity pak mohou být ještě podtrhnuty komunikačními bariérami (Ivanová, 2005). Návštěva nemocného v nemocnici je v islámské kultuře sociální povinností. Jsou přesvědčení, že čím více rodinných příslušníků se objeví u lůžka pacienta, tím rychleji se uzdraví. Tato tradice ale může znamenat problém stran rušení ostatních pacientů či zdravotnických pacientů, který si ale příbuzní neuvědomují. Během takové návštěvy je pak zcela běžné, že se všichni společně pomodlí za uzdravení nemocného. Každý člen rodiny chce být podrobně informován o stavu nemocného, vyšetřeních a dalších postupech (Špirudová et al., 2004). V islámských zemích je běžně diagnóza sdělována v první řadě příbuzenstvu nemocného, protože pacient by měl být chráněn a nikdy neztrácet naději. Závažné diagnózy jsou pak z tohoto důvodu pacientovi často utajovány. V našich podmínkách je tento přístup možný pouze za předchozího souhlasu nemocného (Ivanová, 2005). V islámských zemích je běžnou praxí, že nemocného doprovází členové rodiny i na různá vyšetření. V případě ženy pacientky je to její manžel či jiná příbuzná (Špirudová et al., 2004).

3.5 Specifika v ošetřování muslimů

Islámská etika je odvozena z principů islámského práva sloužících jako rozsáhlý soubor pravidel a předpisů určujících, co je povoleno, co nesmějí a co mají výslovně zakázáno (Kutnohorská, 2013). V islámské legislativě je zanesena důležitá informace, kterou je to,

že cudnost ženy musí být za všech okolností ochraňována a respektována. Platí to jak pro vyznavačky islámu, tak i pro ženy jiného vyznání (Lidská práva v Islámu, 2006).

Fyzický kontakt mezi ženou a mužem, který není příbuzným, je zakázaný. Při ošetření je běžně vyžadován zdravotník a tlumočnický stejného pohlaví, a to především v situacích, kdy jsou vyšetřovány intimní partie. Pokud je vyšetřována žena, musí být po jejím boku muž z jejích příbuzenských kruhů, se kterým je vyloučen příbuzenský sňatek (Hájek & Bahbouh, 2016). Pokud je nutné, aby vyšetření provedl lékař opačného pohlaví, je vhodné, aby v místnosti byla ještě jedna osoba stejného pohlaví jako pacient. V případě nezbytnosti vyšetření mužským lékařem je možné, že bude muset s pacientkou komunikovat prostřednictvím mužského doprovodu ženy. Pokud je fyzické vyšetření nezbytně prováděno lékařem opačného pohlaví, měl by být pacient informovaný o nutnosti odhalení se po nezbytně nutnou dobu a měl by být ujištěn, že mu bude šat okamžitě navrácen (Attum et al., 2023). U některých muslimek je nutné provést vyšetření břicha a hrudníku pokleповě, poslechově a palpačně přes látku. Pokud je vyšetřován nedospělý muslim, musí být v jeho blízkosti dospělý muž v příbuzenské vazbě, nejčastěji to bývá otec, zatímco matka může být jako doprovod pouze u nedospělých chlapců. O chirurgickém zákroku mladé muslimky rozhoduje širší rodina, kdežto u mladého muslima dává souhlas zpravidla otec dítěte (Hájek & Bahbouh, 2016). Před zahájením samotného vyšetření by se měl zdravotnický personál dotázat, zda může provést vyšetření určité části těla a zda souhlasí s jejím odkrytí, přičemž bude při každém kroku odkryta pouze nejmenší nutná plocha (Attum et al., 2023). Zákroky mimo vnější a vnitřní genitálie bývají bez problému, a to včetně prsou. Při zákroku prováděném na ženě je nutné získat svolení muže z rodiny pacientky, nebo její matky či tchýně. Naopak tomu se muž smí rozhodnout na základě své vlastní vůle. Zákroky na vnitřních a vnějších genitáliích bývají zpravidla především doménou gynekologie. V islámských zemích jsou pro obor gynekologie vyžadovány ženy (Hájek & Bahbouh, 2016). Muslimce nesmí být vidět vlasy, nesmí mít holé ruce, nesmí mít holé nohy, nesmí nosit kalhoty a paruku. Muž nesmí nosit ženské oděvy (Kutnohorská, 2013). U mužů jsou nábožensky symbolické vousy a vyhýbají se jejich oholení, pokud to není nezbytně nutné (Attum et al., 2023).

Není neobvyklým jevem, že mezi osobními věcmi má muslim i náboženské předměty, jako je modlitební koberec a Korán (Špirudová et al., 2004). Zdravotničtí pracovníci by se měli vyhnout pokládání čehokoliv na tyto předměty a nesmí se jich ani dotknout, pokud mají ruce znečištěné krví či močí. U některých muslimů se můžeme setkat

s nošením amuletu, černé stuhy anebo řetízku, na kterých jsou napsané citáty z Koránu. Tyto předměty by neměly být pacientovi násilně odebrány a při ošetřovatelských výkonech by se neměly namočit (Ivanová, 2005).

3.5.1 *Sexualita*

Sex mimo manželský svazek je zakázaný. Promiskuita a homosexualita bývá tajena. Muslim může být homosexuálně orientován, ale nemůže být prakticky homosexuál (Hájek & Bahbouh, 2016). Muslimové obvykle mívají tendenci vyhýbat se sexuálními otázkám, a to ať diskuzi týkající se sexuálních vztahů, sexuálních dysfunkcí, ale i diskuzi o pohlavně přenosných chorobách. Zejména v poslední z nich si musí dát zdravotník pozor, protože by otázky mohly být vnímány jako útok a je vždy důležité zdůraznit důvod otázek (Attum et al., 2023). Hájek & Bahbouh (2016) naopak uvádí, že dotazovat se pacienta, natož pacientky, na sexuální obtíže je nemyslitelné. Otázky by mohly být chápány jako mravně závadné návrhy či jako sexuální harašení. Během menstruace je žena považována za nečistou a jsou jí zakázány některé rituální úkony jako jsou modlitby, půst či hadždž. Stejně tomu tak je i v případě, pokud má žena krvácení jiného typu z rodidel než menstruační. Menstruující žena se často odmítá podrobit gynekologickému vyšetření, které při dlouhodobém či patologickém krvácení může být až život ohrožující. Alomair et al. (2020) uvádí, že v muslimské kultuře je špatná úroveň informovanosti o sexuálním a reprodukčním zdraví. Z výzkumu vyplývá, že používání antikoncepce u muslimek ovlivňuje jejich náboženské přesvědčení. Přijímají antikoncepci jako oddálení početí, ale ne jako prostředek k omezení počtu potomků. Neprovdané ženy nejsou dostatečně informovány o sexuálním a reprodukčním zdraví, a to především z důvodu, že neprovdané ženy by v islámské kultuře neměly být sexuálně aktivní a ani by jim tyto informace neměly být poskytovány (Alomair et al., 2020). Pokud se shodnou oba partneři, islám připouští plánované rodičovství i řízený porod. Dle výzkumu ve Velké Británii muslimky nejčastěji využívají jako formu antikoncepce nitroděložní tělísko (Hájek & Bahbouh, 2016).

3.5.2 *Obřízka*

V současnosti je obřízka u mužů jedním z nejběžnějších chirurgických zákroků prováděných na celém světě. V islámské kultuře není konkrétní doporučení pro vhodné načasování, a proto se věk muslimů během provádění obřízky liší (Anwer et al., 2017). Boëlle-Rousset et al. (2006) ve své publikaci uvádí, že u dospělých mužů, kteří konvertovali k islámu, není povinná. Obřízka u mužů je praktikována především

z hygienických důvodů. V islámských zemích je mužská obřízka argumentována jako zvyk z dávných dob, ve kterých se formovalo náboženství. První vyznavači žili ve špatných podmínkách v poušti, kde nebyl dostatek vody pro zajištění dostatečné hygieny. I přes pokrok a lepší životní podmínky však tato tradice přetrvává (Khidayer, 2011). Novodobý výklad důvodu mužské obřízky je takový, že po močení může za předkožkou ulpět zbytek moči, který se postupně vsakuje do šatu modlíciho se muže a v tu chvíli je považován za nečistého. V islámské kultuře nemusí být obřízka prováděna stříbrnými nástroji jako je tomu v judaismu. Obřízku je možné provést za pomoci elektrokauteru. Pokud se obřízka provádí ihned po narození, je nutné věnovat pozornost novorozeneckému ikteru, během kterého je zvýšené riziko krvácení (Hájek & Bahbouh, 2016).

Zatímco například v Egyptě a Súdánu je ženská obřízka přímo zakázána zákonem, v některých islámských zemích se ještě stále provádí. Ženská obřízka je prováděna třemi typy. Nejhrůznější formou zákroku je faraonská obřízka, odborně infibulace. Během tohoto zákroku se odstraní klitoris, velká i malá labia, poté se rána sešije a ponechá se pouze malý otvor na odtok moči a menstruační krve (Khidayer, 2011). Střední obřízka zahrnuje odstranění klitorisu a malých labií. Nejméně zmrzačujícím a invazivním zákrokem je pak odstranění klitorisu. Tento výkon by mohl být jako jediný považován za ženskou obřízku. Literatura obsahuje zmínky, ve kterých se uvádí, že prorok Muhammad tento typ zákroku uznával a podporoval (Hájek & Bahbouh, 2016). Obřízka byla v minulosti důvodem k oslavě a rodina zvala k zákroku i sousedy (Khidayer, 2012). Faraonův zákrok má nespočet komplikací a dochází k mnoha problémům jako jsou poruchy močení, močové infekty, velmi bolestivý pohlavní styk a mnoho dalších nevyjímaje psychickou deprivaci ženy a její ponížení. Pro lékaře tento zákrok také znamená problém, a to jak s de-infabulací, ale i případným otěhotněním, nechutí a studem jít s tímto problémem k lékaři. V západních zemích je zřízeno několik specializovaných pracovišť, které zajišťují nejenom psychologickou podporu, ale i tlumočnickou pomoc od muslimek (Hájek & Bahbouh, 2016).

3.5.3 *Umírání a smrt*

Muslimové věří, že Alláh vytvořil na každou nemoc zároveň i lék a je povinností lidstva, aby prostřednictvím vědy tyto léky objevili. Alláh nezpůsobuje utrpení a toto utrpení nevyužívá ani jako trest. Muslimové však utrpením mohou získat milost (Leong et al., 2016). Muslimové se smrti nebrání a přijímají ji jako součást. Znamená pro ně jakýsi

přechod mezi životem na zemi a věčným životem po něm, tedy přechod z jedné existence do druhé. V islámské kultuře není smrt tabuizována a je často otevřeně rozebírána a neustále reflektována. Zbytečné utrpení nebo prodlužování života při nepodání adekvátní analgezie, analgosedace či tišících léků není na místě (Hájek & Bahbouh, 2016). V dnešním světě je již zdravotníky akceptováno právo nemít bolesti. Otázky směřující na intenzitu bolesti pokládáme pacientovi často. Bolest je často největším strachem umírajících a jejich rodin (Kelnarová, 2007). Muslimům se smí podávat léky na tišení bolesti včetně opioidů. Poskytnutí úlevy od bolesti je považováno za velice ctnostné. Lékaři by měli respektovat přání pacienta v otázce stupně sedace či úlevy od bolesti, protože si muslimové mohou za určitých okolností přát zůstat při vědomí a modlit se k Bohu (Leong et al., 2016). Transplantace orgánů je možná jako dar od živého dárce pro živého příjemce (Špirudová et al., 2004). Umírající muslim je obklopen rodinnými příslušníky, kteří o něj velice intenzivně pečují. Do rituálu spadá také předčítání Koránu a příprava na dotazy, které dostane duše umírajícího po smrti (Ivanová, 2005). Tvář umírajícího by měla být obrácena čelem k Mekce a měla by mu být do uší šeptána slova, která slyšel jako novorozenec (Kutnohorská, 2013). Mimo rodinných příslušníků mohou přítomnost u umírajícího pacienta vyžadovat i stařešinové místní muslimské komunity a duchovní. Pokud to stav pacienta dovoluje – mělo by jim to být umožněno. Nicméně v případě umírající ženy, mohou být členové komunity opačného pohlaví přítomni pouze za předpokladu, že je to pacientčino výslovné přání.

Po skonu musí muslimové provést speciální přípravu těla na pohřbení. Vyznavači jiného náboženství, zdravotníci mohou tyto obřady vykonávat pouze za takových okolností, během kterých není možné navázat kontakt s příbuzenstvem či jinými členy muslimské komunity (Špirudová et al., 2004). Po smrti by měly být oči a ústa zemřelého zavřené, končetiny narovnané a tvář by měla směřovat k Mekce (Hájek & Bahbouh, 2016). Tělo zemřelého není nikdy zcela obnaženo a mytí se provádí po částech. Omývání by mělo vždy započít na pravé polovině těla. Tělo je omýváno vždy lichým počtem omytí. Při posledním omývání jsou do vody přidávány lotosové květy nebo kafr. Pokud zemřelý během svého života vykonal pouť do Mekky a donesl si lahvičku s vodou ze studny, je jeho tělo touto vodou pokropeno. Tělo zemřelého vždy omývá osoba stejného pohlaví (Kutnohorská, 2013). Tělo zesnulého by poté mělo být zabaleno do ihrámu, ve kterém stál věřící v planině Arafát před Alláhem. Ideálně by mělo být tělo zemřelého pohřbeno do několika hodin po jeho skonu. Pohřební modlitby jsou vykonávány v lokální mešitě.

Tělo zemřelého je pohřbíváno tváří směrem k Mekce (Hájek & Bahbouh, 2016). Kremace je zakázána, a to i v případě, že si to pacient sám přeje (Ivanová, 2005).

Dárcovství orgánů v islámské kultuře patří mezi kontroverzní témata. Tělo je mnohými muslimy považováno za posvátné a mrzačení mrtvých těl považují za svatokrádež. Druhou stránkou je ale fakt, že si Korán cení jakékoliv záchrany života (Leong et al., 2016). Hájek a Bahbouh (2016) ve své publikaci uvádí, že u muslimů převládá přesvědčení, že transplantace není povolena. Jako argument bývá to, že život byl člověku svěřen Alláhem a nikdo nemůže dát část těla někomu, komu svěřeno nebylo (Hájek & Bahbouh, 2016). V roce 1995 byla ve Velké Británii provolaná fatwa plně podporující transplantace a dárcovství orgánů (Anon, 1996).

Dalším kontroverzním tématem mezi muslimy je DNR, tedy „do not resuscitate“. Jedná se o problém, který představuje moderní medicína a není tudíž zanesený v Koránu. Fatwa islámských učenců však říká, že pokud se shodnou tři lékaři na tom, že je stav pacienta bezvýchodný, může být odpojen od přístrojů. Mnozí muslimové považuje DNR za přijatelné, stejně tak jako ukončení život udržující léčby v beznadějných případech (Leong et al., 2016).

Islám zakazuje a odsuzuje všechny formy eutanázie. Zrození a smrt člověka na pozemském světě je plně v rukou Alláha. Smrt je vůle Boží a člověk nemůže okamžik smrti sám ovlivnit (Kutnohorská, 2013).

3.5.4 Pitva

Pitva je v islámské kultuře zakázána. Je tomu tak především z víry muslimů ve znovuvzkříšení. Pro znovuvzkříšení musí tělo zemřelého zůstat neporušené (Špirudová et al., 2004). Dalším důvodem je pak natahování doby pohřbení těla zemřelého (Hájek & Bahbouh, 2016). Pokud je pitva nařizována koronerem pro přesné určení příčiny smrti, musí muslimové po důkladném vysvětlení důvodů s pitvou souhlasit (Špirudová et al., 2004). Důležité ale je, aby byl koroner informován o vyznání zemřelého, aby mohl učinit určité kroky jako urychlení procesu týkající se pitvy. Legislativa tolerantních zemí by měla zohledňovat možné utrpení a bolest, kterou pitva může způsobit pozůstalým. Z tohoto důvodu by se legislativa měla omezit pouze na případy, které jsou nezbytné z forenzního hlediska a vynechat tak pitvy patologicko-anatomické či pouhé studijní anatomické pitvy. Neforenzní pitvy mohou být provedeny pouze po předchozím souhlasu pozůstalých (Hájek & Bahbouh, 2016).

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Zmapovat, jaká jsou specifika ve vnímání zdraví a nemoci v muslimském světě.

4.2 Výzkumné otázky

1. Jak muslimové vnímají hodnotu zdraví?
2. Jak muslimové vnímají nemoc?
3. Jak muslimové vnímají péči poskytovanou veřejným zdravotnickým systémem?
Jaké mají představy a očekávání?
4. Jaké bylo setkání s poskytovanou péčí? Splnila jejich očekávání?

5 Metodika výzkumu

5.1 Použité metody

Pro zpracování výzkumné části byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, při které byla pro sběr dat použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Na základě formulovaných výzkumných otázek byl sestavený polostrukturovaný rozhovor (Příloha 1), který byl použit při rozhovorech s probandy – muslimy. Rozhovor se skládal z 22 otevřených otázek. Otázky 1–2 se týkaly věku účastníků a jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Otázky 3–5 byly zaměřeny na vnímání zdraví, význam zdraví v životě jedince i komunity a jeho nejdůležitější aspekty. Tradičním metodám udržování dobrého zdraví, prevenci nemocí, změně vnímání zdraví v průběhu života a tomu, jakou roli hraje ve vnímání zdraví víra se věnovaly otázky 6–9. Otázky 10–13 zkoumaly vnímání nemoci, osobní zkušenosti v souvislosti s nemocí a vyrovnání se s ní. Otázka 14 byla zaměřena na rozdíl mezi vnímáním zdraví a nemoci. Otázky 15–17 byly věnovány zdravotnickému systému. Očekáváním, kvalitě a dostupnosti péče. Otázka 18 zkoumala, jakým způsobem by se mohly služby přizpůsobit kulturním a náboženským potřebám účastníků. Otázky 19–21 byly věnovány osobním zkušenostem účastníků s poskytováním péče, komunikací se zdravotnickým personálem a postoji personálu vůči náboženskému přesvědčení účastníků. Poslední otázka byla zaměřena na vnímání pokroků ve zdravotnictví s ohledem na multikulturní ošetřovatelství. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena s ohledem na možnost doplnění otázek, které vedlo především k získání více informací a možnosti hlouběji zkoumat názory účastníků, tak jak ve své publikaci uvádí i Bártlová et al. (2008).

Výzkumné šetření probíhalo v období od října 2023 do března 2024 a zúčastnilo se jej 6 probandů. Následně došlo k nasycení dat a výzkum již nepřinášel nové poznatky. Probandi byli seznámeni s tématem diplomové práce a byli informováni o povaze rozhovoru, jeho anonymitě a dobrovolnosti. Probandi se tedy mohli sami rozhodnout, zda budou součástí výzkumného šetření této diplomové práce a byli ujištěni, že v případě nevyhovující otázky mohou tuto otázku vynechat. Účastníci výzkumu souhlasili s provedením rozhovoru, pořízením audiozáznamu a následně s jeho zpracováním. Rozhovory byly po vyslovení souhlasu nahrávány na diktafon a následně tentýž den ručně přepsány do programu Microsoft Word a upraveny do spisovného jazyka. Přepisy získaných odpovědí na otázky polostrukturovaného rozhovoru byly následně využity

k analyzování dat metodou otevřeného kódování, pomocí techniky „tužka a papír“. Na základě této techniky byly stanoveny čtyři hlavní kategorie a čtrnáct podkategorií.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem šesti účastníky. Jednalo se o dvě ženy a čtyři muže, kteří dali souhlas k výzkumnému šetření, nahrávání rozhovorů a jejich následnému zpracování. Rozhovory byly realizovány především při osobním setkání, ale i za pomoci videohovoru s ohledem na momentální nepřítomnost probandů na území ČR. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly koncipovány pro muslimy. Z důvodu ochrany anonymity probandů bylo v transkriptu rozhovoru na žádost účastníků vynecháno specifické území jejich původního bydliště a ze stejného důvodu jsou účastníci označováni jako „P1–P6“ (proband 1 – proband 6).

6 Výsledky výzkumu

6.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 Základní údaje

	Pohlaví	Věk	Vzdělání
P1	Žena	45	SŠ
P2	Muž	47	MUDr.
P3	Muž	35	SŠ
P4	Žena	37	SŠ
P5	Muž	30	Mgr.
P6	Muž	47	Bc.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 slučuje základní informace o účastnících, kteří byli součástí výzkumného šetření. Výzkumný soubor byl tvořen šesti účastníky, a to čtyřmi muži a dvěma ženami. Věk probandů byl mezi 30 až 47 lety. Tři probandi dosáhli středoškolského vzdělání a zbylí tři dosáhli vzdělání vysokoškolského, kdy jeden z účastníků dosáhl bakalářského titulu, jeden magisterského titulu a poslední z probandů vystudoval titul doktor medicíny, přičemž musel toto studium absolvovat jak ve své rodné zemi, tak následně i v České republice.

6.2 Kategorizace získaných dat

V této kapitole jsou popsány výsledky výzkumného šetření, které byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů s šesti účastníky. Tyto výsledky jsou rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

6.2.1 Seznam kategorií a podkategorií

1. Význam a rozdíly ve vnímání zdraví v životě muslima
 - 1.1. Postoj vnímání zdraví v rodině, komunitě a kultuře
 - 1.2. Specifika nejdůležitějších aspektů zdraví
 - 1.3. Změny ve vnímání zdraví
 - 1.4. Spojitost zdraví a víry
2. Prevence a péče o zdraví
 - 2.1. Postoj ve vnímání prevence
 - 2.2. Tradiční metody udržování zdraví
3. Význam a chápání nemoci
 - 3.1. Význam nemoci
 - 3.2. Spojitost nemoci a víry
 - 3.3. Příčiny a vyrovnávání se s nemocí
 - 3.4. Rozdíl ve vnímání zdraví a nemoci
4. Veřejný zdravotnický systém
 - 4.1. Výhody, nevýhody a očekávání od systému
 - 4.2. Poskytované péče zdravotnickým personálem
 - 4.3. Komunikace se zdravotnickým personálem
 - 4.4. Systém v kontextu kulturních a náboženských potřeb

6.3 Výsledky

Kategorie 1 – Význam a rozdíly ve vnímání zdraví v životě muslima

Schéma 1 Význam a rozdíly ve vnímání zdraví v životě muslima



Schéma 1 znázorňuje první kategorii a její další členění do čtyř podkategorií. Důležitou otázkou je, jak samotní účastníci vnímají zdraví ve svém životě i v širším pohledu rodiny a komunity v kulturním kontextu, čímž se zabývá podkategorie 1.1. Postoj vnímání zdraví v rodině, komunitě a kultuře. Podkategorie 1.2. Specifika nejdůležitějších aspektů zdraví popisuje, jaké jsou pro probandy nejdůležitější aspekty zdraví. Následující podkategorie 1.3. Změny ve vnímání zdraví popisuje, jakým způsobem se v průběhu let změnilo vnímání zdraví v životě účastníků a jakým způsobem tyto změny přetvořily jejich hodnoty. Poslední podkategorie 1.4. Spojitost zdraví a víry uvádí, jakou roli ve vnímání zdraví v životě účastníka hraje víra.

Podkategorie 1.1. – Postoj a vnímání zdraví v rodině, komunitě a kultuře

Vzhledem k tématu bylo zásadní zjistit, jakým způsobem účastníci vnímají pojem zdraví ve svém životě, v rámci rodiny a komunity v kontextu kultury. Každý z účastníků uvádí, že je zdraví tím nejvíce důležitým, na čem v životě záleží. Většinou se shodují, že zdraví má několik rovin a každá z nich musí být splněna, aby se člověk mohl cítit zdravý. P2 užil definici WHO: „Zdraví je duševní, somatická a ještě sociální pohoda. To že jsem po somatické stránce zdravý ještě neznamená, že jsem zdravý celkově. Pokud mluvíme o zdraví, musí zde být splněny všechny komponenty – tedy duševní, somatické a sociální.“

P3 hovoří o určité formě pokladu, kterou pro něj zdraví znamená – „*pokud jsme zdraví, pak můžeme žít klidný, šťastný a plnohodnotný život*“. Obdobně se vyjadřuje i P6, pro kterého je zdraví darem: „*Zdraví je dar a je našim úkolem si ho udržet. Pokud dojde k nějakému onemocnění, tak udělat maximum pro to, abychom ten stav opět zase zvrátili.*“ Navazuje na něj P3, který uvádí, že je nutné se starat i o samotné tělo: „*...nejen já, ale tak nějak všichni máme hluboký respekt k našemu tělu, je to vlastně jakýsi dar od Boha, on nám ho dal a my se o něj musíme starat.*“. Dvě roviny zdraví zmiňuje P6, který popisuje tělesné, ale i duševní zdraví, které spolu vzájemně velmi souvisí. Zdraví v širším pojetí rodiny a celkově komunity má stejný význam jako u jednotlivce pro P1, P3, P4 a P6. „*Jelikož jsme hodně vázaní na rodinu, tak je mé zdraví stejně důležité jako zdraví někoho v rodině. Je to jedna z nejcennějších hodnot, které v rodině máme.*“ udává P3. P2 poukazuje na velký rozdíl ve vnímání zdraví v České republice a země XY, odkud pochází: „*tam neznají tolik potíží. Například u nás máme více než tři sta duševních poruch, ale oni jich tolik neznají. Dokud nedojde k nějakým akutním nebo vážným psychotickým potížím, myslí si, že jsou zdraví*“. Dále udává, že je zdraví nejdůležitější, ale pokládá si otázku, zda někteří lidé vůbec vědí o tom, že nějaké potíže mají. Nemusí totiž vůbec vědět, že jsou nemocní. P6 k otázce významu zdraví v rámci rodiny dodává: „*jsme povinni chránit i zdravý druhých a pečovat o nemocné.*“.

Podkategorie 1.2. Specifika nejdůležitějších aspektů zdraví

Nejčastější odpovědi na otázky, které se týkají nejdůležitějších aspektů zdraví v osobní rovině účastníků je tělesné a duševní zdraví. P2 uvádí, že pokud jeden z těchto na sobě závislých aspektů nefunguje, tak ovlivňuje i funkčnost toho druhého: „*Pokud je nemocné tělo, pak tedy ani duše nemůže být úplně zdravá. Pokud trpíme bolestí nebo nás sužuje zápal plic, nemůžeme spát, tak zároveň budeme mít špatnou náladu. Stejně tak naopak pokud máme špatnou náladu, trpíme depresemi, tak samozřejmě ani tělo nemůže být v bezpečí a nemůže být zcela v pořádku. Jak jsem zmiňoval již výše, tak je samozřejmě důležité, aby všechny ty tři složky byly v pořádku – tedy psychické, somatické, ale i sociální zdraví*“. K psychosomatice se v obdobném názoru vyjadřuje P1: „*Jo, jakmile přijde nějaká psychosomatika, rozpoznat a jakoby co sděluje to tělo, proč se tohle děje a vlastně jak se vyvarovat těch situací, vůbec těch momentů v tom životě.*“ P3 ve své odpovědi vyzdvihuje i důležitost spirituálního zdraví. Souvislost mezi duševní a somatickou pohodou si uvědomuje i P5: „*... Když jsem nemocný, tak nemohu do práce, tím pádem přicházím o peníze a od toho se pak odvíjí nějaký stres, jestli půjde vše zaplatit*“.

a už se to zase prolíná. Nejsem tedy schopný říct, co je tedy vlastně nejdůležitějším aspektem zdraví, protože je to tak nějak všechno propojené.“ P4 uvádí, že zdraví je pro ni stav bez fyzických patologií a mezi nejdůležitější aspekty zdraví ve svém životě řadí mimo již zmíněné duševní zdraví například i dobrou tělesnou kondici, možnost pracovat a sportovat.

Podkategorie 1.3. Změny ve vnímání zdraví

U všech účastníků výzkumného šetření došlo v průběhu života ke změně ve vnímání zdraví. U čtyřech z nich se jedná především o důvod postupného stárnutí či jak zodpověděl P6 postupné chřadnutí tělesné schránky. Ke stárnutí dodává P3 i další poznatky, které s tím souvisí: *„Přece jen je to zdraví cenným darem, takže s tím stárnutím celkově řečeno se to vnímání mění, každý by si měl uvědomit, že to zdraví je to nejcennější, co máme.*“ P5 uvedl, že nejenom věk, ale i postupně nabalující se závazky ho nutí být k sobě opatrnější a ohleduplnější. Tři z účastníků zmínili životní zkušenosti v jejich okolí, které jejich hodnoty zásadně ovlivnily. P4 uvádí jako největší změnu ve vnímání zdraví zákeřnou nemoc u velmi blízké osoby a zároveň i své psychické onemocnění, které úzce souviselo s již zmíněným onemocněním blízkého. Pro P1 bylo zlomovým obdobím posledních pět let. Přišla o svého otce, který se zvládl vyléčit z rakoviny, ale následně zemřel na předávkování léky, které mělo za následek fatální selhání ledvin. Otec účastnice bezmezně věřil v medicínu a lékaře, zatímco se ho P1 snažila přesvědčit, že se musí spolehnout i na ducha a má věřit v to, že je tělo schopno se samo regenerovat. Sama si prošla několika onemocněními a sděluje mi: *„... skutečně se mi osvědčila víra v Boha a vlastně nějaká ta duchovní práce, ta vnitřní změna...“.*

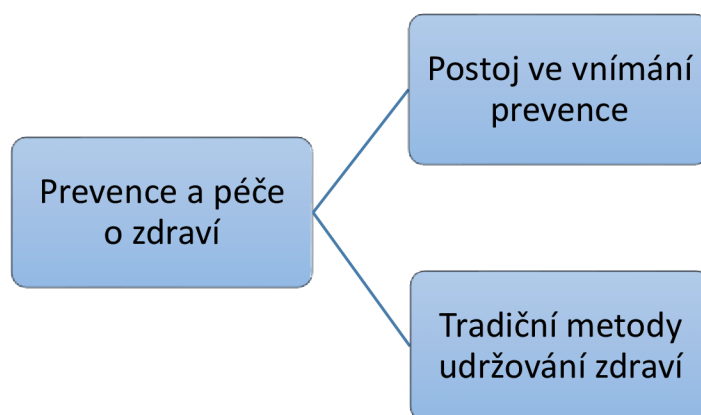
Podkategorie 1.4. – Spojitost zdraví a víry

Tato podkategorie popisuje, jaký význam hraje víra ve vnímání zdraví. *„Jako psychiatr vím, že člověk musí věřit, musí si být něčím jistý. Nejhorší je ambivalentní stav, což je stav, kdy má člověk dva názory na jednu věc.*“ uvádí P2. *„... ale když si je člověk jistý, tak ta jistota přijde z každého zdroje. Ať je to Islám, křesťanství nebo například věda. Já si myslím že pokud člověk v něco věří, tak to dá zázrak. A ten zázrak pak může uklidnit“* dodává. Víra hraje zásadní roli ve vnímání zdraví také pro P1, P3, P4, P5 a P6. *„Ta víra je největším opěrným bodem v tom zdraví a pokud to tedy nemůžu změnit, tak to předávám tomu, kdo je nade mnou a kdo řídí tyhle věci asi líp než já.*“ doplňuje P1. Pro P5 byla otázka víry a zdraví velmi osobní: *„Tak určitě víte, že víra a naše zdraví jde tak nějak*

spolu dohromady, je to hodně osobní a nerad bych to rozváděl více. Každopádně to má určitě nejen u mě hodně velkou roli a je potřeba to respektovat.“. Další část v této problematice vyplňuje P3 svou odpovědí o daru: „To je hodně úzce spřažené, hm, je to důležité v mém životě. Je to dar. Jakože to naše tělo je dar a zdraví také a musíme ho chránit, pečovat o něj.“ Navíc ještě rozvádí informaci o modlitby: „Modlíme se za sebe, za své blízké, aby se zdraví udrželo, aby ho každý měl dostatek. Hledám smysl a poslání ve svém životě, díky tomu si pomáhám udržet tak nějak duchovní rovnost. Tělo je darem od Boha a je mým úkolem, abych se o něj dobře staral.“

Kategorie 2 – Prevence a péče o zdraví

Schéma 2 Prevence a péče o zdraví



Prevence je nedílnou součástí péče o zdraví. Smyslem této kategorie je popsat, jak přistupují probandi k prevenci a jejím tradičním metodám ve dvou podkategoriích. Podkategorie 2.1. Postoj ve vnímání prevence popisuje, jaký postoj zaujímají probandi například vůči prevenci, pravidelnému očkování a screeningu. Následující podkategorie 2.2. Tradiční metody udržování zdraví znázorňuje, jaké jsou tradiční metody udržování dobrého zdraví a prevence nemocí v jejich kulturním a náboženském kontextu.

Podkategorie 2.1. – Postoj ve vnímání prevence

Tato podkategorie popisuje, jaký postoj zaujímají účastníci vůči prevenci, pravidelným screeningům a očkování. Pozitivní názor na prevenci, která je velmi důležitá

v předcházení onemocnění a jako dílčí komponenty prevence uvádí screeniny a očkování P2, P3, P4 a P6. P1 na preventivní kontroly, pozvánky na screeniny nebo očkování nechodí, a to z toho důvodu, že se velmi zajímá o psychosomatiku a věří, že pokud člověk dělá všechno, aby onemocnění předcházel, tak k samotnému onemocnění nedojde. „...*opravdu všechno je v té prevenci a všechno je v tom a žít ten život tak, aby vlastně nedocházelo k tomu, k té brzdě v té nemoci. Ta nemoc přichází v tu chvíli, kdy vy nejedete tím správným směrem*“ sděluje mi. P5 se řídí například v souvislosti s očkováním svými pocity. „*Pro něco jsem a něco mi přijde zbytečné. Jak jsem už říkal, je potřeba se chránit, ale asi ne za každou cenu.*“ Dále k očkování ještě doplňuje: „...*je potřeba toho používat rozum, a ne do sebe napíchat úplně vše, co je v nabídce*“. Rozdíl mezi Českou republikou a zemí XY vyzdvihuje P2. „*Většinou i v naší kultuře existuje prevence a očkování, ale bohužel to není plošně tak, jako tady. Já osobně chodím na preventivní kontroly, dbám na pravidelné screeniny a chodím na očkování. Nicméně stejně tak jako tady existují i u nás lidé, kteří budou proti očkování, proti prevenci. U vás je to třeba v rámci deseti procent, ale u nás třeba v rámci padesáti. To je jediný rozdíl, který bych v tom viděl. Všude najdete nějaké pro a nějaké proti.*“ Na rozdíly v prevenci v České republice navazuje P6: „*To je určitě důležitou součástí prevence a je skvělé, že ty podmínky třeba v České republice máte tak otevřené.*“, navíc ještě doplňuje informaci o záchraně života: „...*musíme dbát záchrany toho života, toho zdraví, takže třeba i darování orgánů, tak pokud řekne lékař muslim, že je to v pořádku, tak taky přijmeme orgány a zachováme život, zdraví.*“ P3 rozvedl prevence ještě k tématu určitého subjektivního vnímání trestu, kdy říká: „*Asi bych zmínil i očkování, protože když mohu použít nějakou ověřenou vakcínu, která zabrání nemoci, pak se o své tělo postarám preventivně dobře, abych nemohl být nemocný a vlastně nemusím podstupovat žádný trest, že jsem se o to svěřené tělo špatně staral.*“

Podkategorie 2.2. – Tradiční metody udržování zdraví

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké jsou tradiční metody udržování dobrého zdraví a prevence nemocí. Všichni účastníci výzkumného šetření uvádějí, že prevence onemocnění je velmi důležitá. P1: „*Tak určitě zastávám ten názor, že je nutné udržovat disciplínu, a to jak v jídle, tak v pohybu. Samozřejmě se ale zase nic nesmí přehánět.*“ udává. P2 a P4 zdůrazňují, že islám je v několika různých kulturách a každá z těch kultur má jiné tradiční metody. Například v zemi odkud pochází P2 jsou to různé bylinky, modlitby a přítomnost imáma. P4 také uvádí, že prevencí je také to, jak se v průběhu

života chováme. P5 klade důraz i na dostatečný odpočinek, relaxaci v kruhu blízkých a vzájemného se svěřením se svými těžkostmi. „*Já rád relaxuji s přáteli, uvolním se od toho denního maratonu a probereme všechno, co koho tíží a vlastně si tak všichni ulevíme a očistíme se.*“ a navíc doplňuje: „*Občas je dobré vzít nějakou knihu nebo samozřejmě i Korán... to je pro někoho to pravé.*“. Následovně popisuje tradiční metody udržování dobrého zdraví P6: „*Tak určitě velmi důležitou součástí života muslima je očista. A to ať se jedná o celkovou hygienu a čistotu nebo rituální očisty. Myslím si, že to je jedním z nejdůležitějších aspektů prevence onemocnění. Dále je to určitě jídlo – protože dodržování halál potravin, a naopak zase třeba zákaz alkoholu je taky velmi důležité. Do prevence spadá samozřejmě i dostatek pohybu. Modlitby souvisí nejenom se zdravím duchovním...*“ Zdravá výživa, dostatek pohybu, péče o duševní zdraví, dostatek spánku a relaxace jsou metody k dobrému udržení zdraví pro P4.

Ramadán je další z možností tradičního udržování zdraví, který je aktem víry a očisty, přičemž ale P2 pohlíží na tento zvyk ze zdravotního hlediska opačně: „*Tady se pak třeba řeší, že splní jednu podmínku z koránu, ale co se týče somatické části, tak drží půst od rána do večera, nejí, nepije ...*“ dále ještě dodává informaci ke zdravotním komplikacím: „*Je to nebezpečné nepít 10 hodin, ale někdy je to třeba taky 14 nebo 15 hodin bez tekutiny, což je hodně nebezpečné. Takže pokud má někdo třeba špatné ledviny, žlučník, tak to může být také příčina.*“

Kategorie 3 – Význam a chápání nemoci

Schéma 3 Význam a chápání nemoci

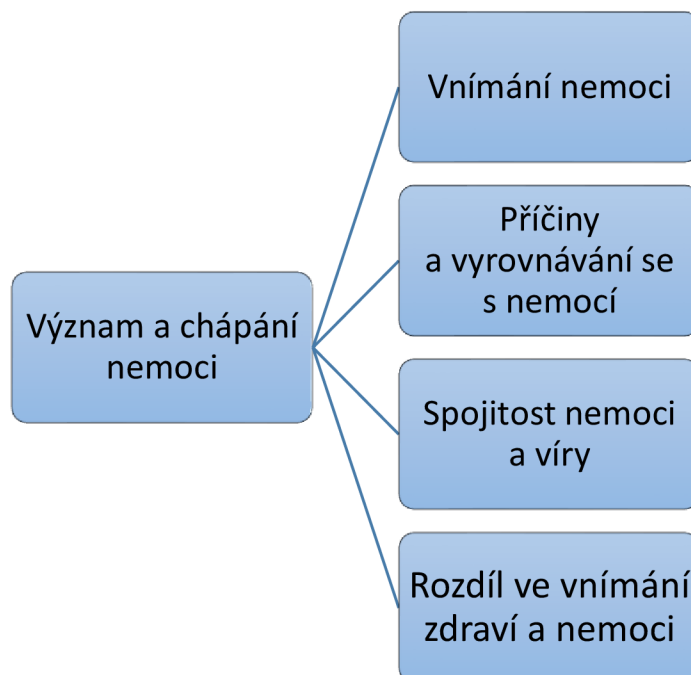


Schéma 3 znázorňuje třetí kategorii a její další členění do čtyř podkategorií. Důležitou otázkou je, jaký význam přikládají účastníci ve svém životě nemoci v náboženském kontextu, čímž se zabývá podkategorie 3.1. Vnímání nemoci. Následující podkategorie 3.2. Spojitost nemoci a víry popisuje, jakou roli ve vnímání nemoci hraje víra každého z účastníků. Další podkategorii 3.3. Příčiny a vyrovnávání se s nemocí zkoumáme to, jaké jsou podle účastníků příčiny onemocnění, jaké jsou jejich osobní zkušenosti s nemocí, a jakým způsobem se s ní vyrovnávali a vyrovnávají. Poslední podkategorie 3.4. Rozdíl ve vnímání zdraví a nemoci popisuje, jak se vnímání zdraví liší od vnímání nemoci.

Podkategorie 3.1. - Vnímání nemoci

Jak je v teoretické části práce zmíněno, nemoc má pro muslimy velký význam. Tato podkategorie popisuje, jakým způsobem jednotlivci vnímají nemoc ve svém životě, ale i v rodině s ohledem na kulturu. Polovina probandů vnímá nemoc jako zkoušku seslanou Bohem, a to konkrétně P3, P4 a P6, kdy P4 říká: „*Jedná se o zkoušku naší víry. Nikdy na to ale jako muslim nejste sama. Máte kolem sebe rodinu, blízké, kteří Vám svými modlitbami a péčí o Vás pomáhají tuto zkoušku zvládnout.*“, navíc doplňuje: „*Je to boží vůle. Musíme ji přijmout a najít v ní smysl, poselství.*“. P3 ale zmiňuje i to, že z určitého hlediska vnímá nemoc i jako trest za nedostatečnou péči o své tělo, své zdraví. Zjišťuje

ale, že v době nemoci má možnost lépe poznat sám sebe, prohlubovat svou míru trpělivosti a prohlubovat svou víru. P6 také nemoc vnímá jako možnost odčinit své hříchy. Pro P1 znamená nemoc: „... *je to takový vykřičník. Taková stopka, jako když Vám skočí červená na semaforu. Nedokážu to asi lépe popsat... Prostě přijde nemoc – a já si řeknu aha, skočila mi červená... takže co se děje... musím začít přemýšlet...*“. P2 udává, že v zemi XY byly názory takové, že když někdo trpěl přenosnou nemocí, tak to byl trest. V dnešní době je ale celková informovanost lepší, a i když by se ještě někteří jedinci s těmito předsudky našli, už je situace a důvěra v medicínu mnohem lepší: „*Třeba dřív byly nějaké názory, že když má nějakou přenosnou nemoc, že je to trest si mysleli, ale dnes už třeba občas se dá někdo takový najít, ale ne všichni.*“. P5 nechtěl na otázku jaký význam přikládá nemoci v jeho životě odpovídat. Zdůraznil ale, že pokud někdo v jeho kultuře onemocní, má kolem sebe vždy svou rodinu a případně přátele, kteří jsou vždy připraveni pomoci, společně se modlit a být nemocnému na blízku.

Podkategorie 3.2. – Příčiny a vyrovnávání se s nemocí

P1 je přesvědčená, že za většinou fyzických onemocnění je psychosomatika. Lékař P2 uvádí, že příčiny onemocnění jsou biologické, psychologické nebo sociální. „*Nejde ale čistě jenom o každý faktor zvlášť. Většinou totiž kooperují. Například pokud spojíme biologický a sociální faktor, může pak dojít třeba k duševním problémům. Pokud ale mluvíme o příčinách onemocnění, tak zde asi není úplně nic zázračného.*“, doplnil. P3 na otázku, jaké jsou jeho názory na příčiny nemocí odpověděl následovně: „*Těch příčin může být více. Ať už se jedná o špatný životní styl jako že se ke svému tělu špatně chovám, špatně jím, nemám fyzickou aktivitu nebo jen málo a třeba se hodně stresuju. Na druhou stranu jsou pak onemocnění, která můžu chytit někde venku. Třeba kašel v autobusu...*“. P4 a P5 a P6 uvedli, že nemoc je Boží vůle. „*Když už onemocníme, je to nějaký signál, poselství, že děláme něco špatně a je potřeba to změnit...*“ doplňuje P5. P6 zároveň ale vyzdvihuje fakt, že nepopírá lékařské nebo přirozené příčiny onemocnění: „*Co se týká příčin, tak i když se jedná o vůli Boží, tak to určitě neznamena, že bychom popírali lékařské příčiny těch nemocí.*“. Čtyři účastníci nikdy v životě netrpěli žádným závažnějším onemocněním, jedna účastnice trpěla depresemi v souvislosti s vážným onemocněním blízké osoby a jedna účastnice trpěla několika závažnými onemocněními. Všichni účastníci se vyrovnávají s nemocí za pomoci víry a P3 vyzdvihuje ještě rodinu.

Podkategorie 3.3. – Spojitost nemoci a víry

V této podkategorii je popsáno, jakou roli hraje víra ve vnímání nemoci. Víru považuje jako velmi důležitou a zásadní v případě nemoci každý z probandů. Vliv víry na vnímání nemoci v zemi XY popisuje P2, který popisuje svou zkušenost s dívkou, která trpěla psychotickou poruchou: „*Holka třeba měla psychotické poruchy a na to jen tak nenajdete žádné somatické příčiny, ty jsou psychogenní. Může si tam pak někdo myslet, že to je ze strany Boha, Satana, nějaká posedlost, to jsou různé názory no.*“. Setkal se s pacienty, kteří byli místo v nemocnici v mešitě či na nějakém svatém místě, vyhledávali léčitele, četli z Koránu a věřili v to, že tímto dojde k uzdravení: „*Byli pacienti, místo aby byli v nemocnici, tak byli v mešitě, na nějaké svatém místě, léčitele třeba vyhledávali, četli nějaké části z Koránu a to mysleli, že to ovlivňuje léčbu a pak to třeba ještě zhoršuje ty problémy. Měli jsme třeba pacienty, kteří nás opustili, že to systém nevyлéčí a řekli, že to nepomůže a šli tam.*“. P1 navíc dodává informaci o Bohu a propojení víry s nemocí: „*No ta největší já to беру, jako že to je propojené, že jinak v podstatě moje víra v Boha nebo někdo říká vesmír, já říkám Bůh. Tak je to vlastně úplně řekla bych propojení.*“ a dodává: „*... nejdeš svojí cestou, OK, takže já tě zabrzdím a uvidíme, jestli pochopíš, kudy máš jít.*“.

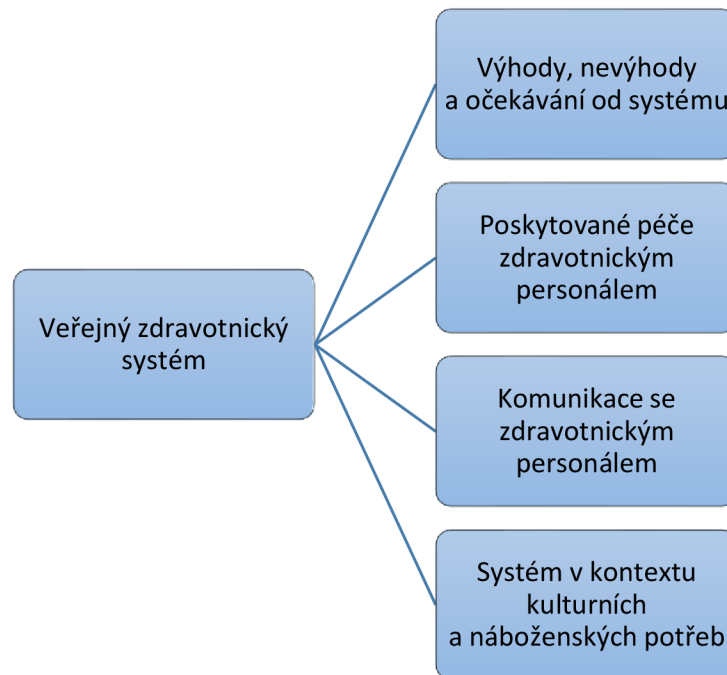
Podkategorie 3.4. – Rozdíl ve vnímání zdraví a nemoci

Jakou roli hraje víra ve vnímání zdraví bylo již popsáno v podkategorii 1.4. Spojitost zdraví a víry. Jakou roli má víra s ohledem na vnímání nemoci bylo popsáno v předchozí podkategorii 3.3. Spojitost nemoci a víry. Cílem této kapitoly je popsat, jak se celkové vnímání zdraví liší od vnímání nemoci. Dva účastníci výzkumu se shodli, že není rozdíl ve vnímání zdraví a nemoci: „*Neliší. Ono je totiž zdraví, ale i nemoc součástí toho pozemského života a k životu patří. Jsou obě důležité.*“, navíc doplňuje P1 rozdíl tak, že: „*V kontextu s tou vírou je to propojené v takovém trojúhelníku.*“. Další dva účastníci se shodují na tom, že jde o dvě různé stránky života, které jsou ale zároveň propojené: „*To jsou dvě různé stránky života. Když jsem zdravý, tak je všechno lepší, cítím se v pohodě, nemám bolesti, ale nemoc to vše obrací.*“. Poslední z probandů P2 přirovnává rozdíl ve vnímání k produktivitě: „*Člověk, když aspoň pocit musí mít, že ho nic netrápí, musí být produktivní. Jsou lidé, které netrápí nic, ale nejsou produktivní. Když je něco trápí nebo nejsou produktivní, to si myslím, že je hranice.*“, dále dodává pohled ze strany psychiatrie:

„... musí být lidi flexibilní. Třeba pracují, jsou produktivní, ale nejsou flexibilní a oni sami nechtějí nic u sebe změnit a chtějí, aby se měnilo všechno kolem nich a to nejde.“.

Kategorie 4 – Veřejný zdravotnický systém

Schéma 4 Veřejný zdravotnický systém



Cílem této kategorie bylo popsat zkušenosti a dojmy probandů s veřejným zdravotnickým systémem, jejich hodnocení těchto služeb s ohledem na kvalitu a dostupnost, očekávání a vnímání pokroků poskytované péče v kontextu multikulturního ošetřovatelství. Ke znázornění těchto informací byla kategorie rozdělena do čtyř podkategorií tak, jak je patrné ze Schématu 4. První podkategorie 4.1. Výhody, nevýhody a očekávání od systému přibližují náhled probandů na kvalitu zdravotnického systému, a jejich očekávání ohledně poskytované péče. Další podkategorie 4.2. Poskytovaná péče zdravotnickým personálem popisuje, jaká jsou očekávání od personálu při poskytování zdravotnické péče a vnímání postoje zdravotnického personálu k probandům a jejich náboženského přesvědčení. Třetí podkategorie 4.3. Komunikace se zdravotnickým personálem popisuje dojmy probandů z komunikace při poskytování péče. Poslední podkategorie 4.4. Systém v kontextu kulturních a náboženských potřeb shrnuje informace, týkající se toho, zda probandi poskytovanou péči hodnotí jako kulturně kompetentní a jak probandi vnímají pokroky ve zdravotnictví s ohledem na multikulturní ošetřovatelství.

Podkategorie 4.1. – Výhody, nevýhody a očekávání od systému

Popsat vnímání zdravotnického systému a očekávání, které účastníci od zdravotnického systému mají bylo smyslem této podkategorie. P1 vnímá momentálně zdravotnictví uzavřené a dogmatické. Sděluje mi, že není brána v potaz individualita člověka. „... *dám to na příkladu, že se léky vyrábějí pro všechny stejné. Množství léků je pro všechny stejné.*“ P1 má pocit, že člověk není zkoumán individuálně a není vyhověno jeho individuálním potřebám. Zdravotnictví vnímá spíše komerčně: „*A vlastně se tam jakoby ten člověk není zkoumán z toho pohledu, co jemu individuálně sedne a co ne. Je to příliš komerční už dneska to zdravotnictví.*“. „*Jako člověk, který neměl 35 let pojišťovnu, tak rozhodně chápu tu výhodu.*“ sděluje naopak P2 a popisuje těžkosti systému jeho rodné země, kde na zdravotní péči dosáhlo pouze malé procento obyvatel. Vzhledem k nedostatku naspořených financí pak tito lidé nemají očkování, docházelo k přenosu nakažlivých nemocí, vznikaly různé epidemie: „*Někdo vydělává méně, každý má něco naspořeno, ale když není systém pojišťovny, tak bohužel pak ignoruje problémy, které nejsou tak vážné, nějaké neodkladné péče.*“. P3, P4 a P5 jako největší výhodu zdravotnického systému vnímají v dostupnosti péče pro každého: „*Dostupnost si myslím, že je dobrá, však skoro všude je nějaká nemocnice, kam se dá dojít, kde by měli pomoci, ulevit.*“ P4 zmiňuje jako nevýhodu dlouhou čekací dobu na různá vyšetření jako je například CT. Stejnou nevýhodu jmenuje i P6: „*Zároveň ale pak když ty finance na péči někdo má, tak je zvyklý, že je jeho problém okamžitě řešený.*“. Kvalitu poskytované péče hodnotí pozitivně čtyři z šesti probandů a P4 hodnotí úroveň poskytované péče jako vysokou. „*Kvalita poskytované péče v České republice a u nás nelze srovnávat.*“ sděluje P2 a dodává že i s ohledem na jiný systém ve zdravotnictví mohou nově příchozí cizinci vnímat systém veřejného zdravotnictví jako nefunkční: „*Oni si tam zvykli že zaplatíte a hned máte adekvátní péči. Pokud máte kožní problém, zaplatíte, tak Vás hned léčí. Ale když tady přijdou a zavoláte třeba na psychiatrii nebo na kožní, tam jim říkají tři měsíce čekací doba, tak si pak mohou myslet, že systém nefunguje.*“. P1 chybí v rámci poskytované péče zařazení určitého alternativního prvku jako jsou například byliny. Tento kombinovaný systém viděla například v Itálii. Sděluje mi, že má pocit, že není kladen dostatečný důraz na názor pacienta v rámci poskytování péče. „*Takže já očekávám to, že přijde velká reforma...*“, sděluje mi. P2 vyzdvihuje, že většina muslimů žijících na území ČR nejsou často ortodoxní, a tak to pro ně nebývá tak těžké. Nicméně žena by měla mít na výběr, zda bude například na gynekologii ošetřena mužem či ženou. Pokud by totiž

takovou ženu měl ošetřovat lékař, tedy muž, mohlo by dojít stran pacientky k zanedbání prevence: „*Třeba z mé praxe to může být žena, která nechtěla chodit ke gynekologovi, protože to byl muž, i když je to doktor. Jsou lidi, které může ošetřovat jakýkoliv personál, ale jsou ženy, které pořád nechodí za doktorem, musí tam být nějaký personál stejného pohlaví.*“ Ke stejnému názoru se připojuje i P6. „*Tady bych zdůraznil hlavně to, že by měli být profesionálové ve svém oboru a měli by být empatičtí. Pokud takoví nebudou, tak ta péče bude špatná.*“ komentuje P3, který posléze ještě dodává, že by mohla být v diagnostice onemocnění velkým problémem čekací doba na určitá vyšetření.

Podkategorie 4.2. – Poskytovaná péče zdravotnickým personálem

Tato podkategorie popisuje vnímání postoje zdravotnického personálu k účastníkům a jejich náboženskému přesvědčení a jaká jsou očekávání od personálu při poskytování zdravotnické péče. Většina účastníků, tedy P2, P3, P4, P5 a P6, má dobré dojmy z komunikace se zdravotnickým personálem. P2 popisuje začátky po příjezdu do České republiky, které nebyly snadné. On a jeho rodina se musela přizpůsobit jiným zvyklostem. Nezapomíná zmínit ani bariéry: „*Na začátku to bylo samozřejmě trochu náročnější, to většinou každý začíná s nulou. Necháte všechno tam, ztratíte všechno a pak dobrovolně přijde do nějaké jiné země. Přijdete teda a tady jste nic.*“ Špatný dojem ale z komunikace s lékaři či zdravotnickým personálem nikdy on ani jeho rodina neměli. Naopak pouze dobré zkušenosti s postojem zdravotnického personálu k dotazovanému a jeho náboženskému přesvědčení hodnotili P2, P3 a P4. P5 není schopný jednotně určit, jak vnímá postoj zdravotnického personálu. Má totiž rozdílné zkušenosti: „*... takže se někdo občas trochu snažil, někdo jen udělal, co musel asi podle nějakých pravidel a tím to skončilo.*“ Dále doplňuje, že se často potýká i s dojmem, že má personál strach. P2 má ale odlišnou zkušenost s ohledem na zdravotnictví: „*... Samozřejmě nás většina lidí hází do jednoho pytle a myslí si, že muslimové jsou teroristi. Spoustu takových názorů existuje a možná to tak spousta lidí vnímá, ale ve zdravotním systému jsem to nezažil.*“ Vzhledem k tomu, že se P6 nikdy nikdo nezeptal na jeho náboženské vyznání nebo potřeby s ním spojené, tak není schopen popsat postoj personálu vůči němu a jeho přesvědčení.

Očekávání na zdravotnický personál má většina účastníků stejná. „*Tady bych zdůraznil hlavně to, že by měli být profesionálové ve svém oboru a měli by být empatičtí. Pokud takoví nebudou, tak ta péče bude špatná.*“ komentuje P3. Profesionalitu, empatii a ochotu očekává od personálu také P4. P5 zdůrazňuje důležitost vzdělání: „*Měli by být všichni*

vzdělání nejen ve svém oboru, ale i s určitým přesahem dál. A pak také by měli mít nějaké znalosti právě třeba o různých kulturách, protože pro každého to zdraví, osobní prostor, vyznání a podobně znamená něco jiného.“ P6 by od personálu očekával, aby se cíleně dotazoval na víru a v případě jazykové bariéry byl na tyto situace připravený a uměl flexibilně zareagovat. Zároveň dodává, že by měl být personál snaživý: „... v případě, že někdo nerozumí a potřebuje lékařskou pomoc, tak třeba vynaložit snahu o nějakou komunikaci.“ a dodává ještě k vyšetření doktorkou: „Stejně tak by bylo dobře, když by personál mohl nabídnout třeba ženě možnost vyšetření jinou ženou. Vím, že to někdy není možné, ale jde o tu snahu.“

Podkategorie 4.3. – Komunikace se zdravotnickým personálem

Tato podkategorie popisuje, jakým způsobem s účastníky výzkumného šetření komunikoval zdravotnický personál při poskytování péče. Většina účastníků, tedy P2, P3, P4, P5 a P6, má dobré dojmy z komunikace se zdravotnickým personálem: „Převážně jsou milí, hodní, snaží se pomoci. Třeba i ten pobyt v nemocnici příjemnit.“ Zmiňuje P5. P2 popisuje začátky po příjezdu do České republiky, které nebyly snadné. Museli se přizpůsobit jiným zvyklostem a nezapomíná zmínit ani jazykové a kulturní bariéry: „... najednou přijedete a nějak se s Vámi baví a je otázkou, jak to přizpůsobíte. Navíc naskočí ta jazyková bariéra.“ Také ještě dodává, že člověk, který umí alespoň nějaký další cizí jazyk má výhodu: „Člověk umí komunikovat aspoň anglicky, tak jsme to měli jednodušší, ale ti, co neumí vůbec, tak žijí sami, těžko. Pak se těžko hodnotí situace jen podle intonace.“ Špatný dojem ale z komunikace s lékařem či zdravotnickým personálem nikdy on ani jeho rodina neměli. P5 ještě dodává částečně problematickou komunikaci: „Najdou se samozřejmě ale i takoví, co nejsou příjemní, pořád někam spěchají nebo naopak, zase vše hrozně trvá, neovědomují si nějaké základní chování a tak. Ale tak to se nedá nic dělat, to bude asi vždycky a všude někdo takový.“ P1 má ale rozdílné zkušenosti oproti ostatním, kteří hodnotí komunikaci kladně. Při onemocnění její matky se setkala s arogancí a výsměchem. „Je to o lidech. Určitě.“ shrnuje nakonec. Nespokojená s celkovým postojem zdravotnického personálu byla při situaci, ke které došlo při hospitalizaci její matky v domově pro seniory. Matce křesťance donesla na stůl k lůžku obraz Ježíše: „... když jsem zavolala na sestřičku, že maminka na tom není dobře, má mokré ložní prádlo, zapáchající a zelené krytí na sakru, tak se na mě sestřička podívala a řekla mi – vidíte ten obrázek, který jste sem přivezla? Říkám ano, Ježíš. A sestřička mi na to říká – tak ať Vám pomůže Bůh a odešla...“

Podkategorie 4.4. – Systém v kontextu kulturních a náboženských potřeb

Tato podkategorie uvádí, zda účastníci poskytovanou péči hodnotí jako kulturně kompetentní, jakým způsobem se mohou služby přizpůsobit kulturním a náboženským potřebám účastníků a jak probandí vnímají pokroky ve zdravotnictví s ohledem na multikulturní ošetřovatelství. Péči jako kulturně kompetentní nevyhodnotil ani jeden z dotazovaných. P1, P4 a P6 zhodnotili poskytovanou péči jako kulturně nekompetentní. P6 ale dodává: „... někde určitě můžete vidět snahu, ale zatím je to stále ještě v počátcích.“. Názor P2 je rozdílný. Myslí si, že není možné praktikovat své náboženství či kulturní zvyklosti v jiné zemi na sto procent: „... nemůžeme očekávat, že každá nemocnice může nastavit systém pro muslimy a v rámci respektování například halál masa uvařit k obědu nějaký jehněčí halál.“. Ze své zkušenosti nikdy neměl pocit, že by jemu či jeho rodině poskytovaná zdravotní péče byla kulturně nekompetentní. Například uvádí situaci, kdy nebyl problém s výměnou lékaře pro jeho těhotnou manželku: „Zažil jsem třeba, že byla moje žena těhotná, nechodila na gynekologii, protože neměla ženu, takže jsme hledali gynekoložku.“. P3 má výborné zkušenosti u svého obvodního lékaře, který zná účastníkovu vyznání, respektuje ho a snaží se vyhovět potřebám s ním spojeným. Zde by vyhodnotil péči jako kulturně kompetentní, ale jinde se tak necítil: „Péče kulturně kompetentní, podle mě je jak kde. U mého obvodáka je vše v pořádku, respektuje mé vyznání a potřeby.“. P1 zdůrazňuje potřebu rovnováhy mezi medicínou a vírou ve zdravotnických zařízeních: „... všude kde je to propojené s tím duchovnem a s tou vírou, tak to funguje...“. P2 udává, že se dá jen těžko adaptovat na menšinu. Uvádí, že menšina se musí adaptovat dle systému. Nicméně poukazuje například na respektování víry s ohledem na těhotné ženy muslimky, které by raději daly přednost lékaře. Dále uvádí příklad na ženě, která nosí burku. Myslí si, že pokud to není nebezpečné pro ostatní, měli by to respektovat: „Když vidíme třeba ženu, že má burku, šátek, tak to pak zhoršuje stav, když může chodit člověk nahý nebo polonahý, tak proč by nemohla ona chodit takhle ve svém, ale samozřejmě, dokud to není nebezpečné pro ostatní, musí se to respektovat.“. P3 sděluje: „Určitě dát možnost hospitalizovaným muslimům se řádně modlit, provádět očistu nebo třeba dát pacientovi možnost upravit skladbu jídelničku s ohledem na haram.“. P4 si myslí, že by měl mít zdravotnický personál větší přehled v rozdílných postupech péče nejenom u muslimů, ale i u jakéhokoliv jiného vyznání. Zároveň zdůrazňuje, že se jí například nikdy nikdo nezeptal, jakého vyznání je a zda je vůbec věřící a pokroky by měly být větší: „Struktura

se mění. Máte čím dál větší pravděpodobnost, že narazíte na někoho z jiné země, někoho, kdo má jiné vyznání či potřeby a jako zdravotníci by měli být informováni. Přece jenom jde člověk k lékaři, kdy není v tělesné nebo duševní pohodě. “. Stejnou zkušenost má P6. P5 a P6 svým názorem souzní s P4 a udávají, že by zdravotnický personál měl mít alespoň základní přehled o specifické péči.

P1 vnímá pokroky ve zdravotnictví vedoucí k celkově lepšímu respektování dané kultury či snahu personálu vyjít vstříc určitým specifickým potřebám péče: „... *máte ve zdravotnictví pokroky s ohledem na multikulturní ošetřovatelství, na to, že by životnímu tu kulturu a respektovali kulturu, že by se snažili aspoň ten personál nějakým způsobem vyjít vstříc nějakými určitými specifikacemi, vlastně takovou speciální péčí a podobně.* “. P2 si všímá velkých pokroků například v porovnání s jeho příjezdem do České republiky před třinácti lety a příjezdem jeho známého před dvěma lety. S více otevřenými hranicemi vidí příležitost se lépe adaptovat. „*Pokroky určitě vidím, ale bude to chtít určitě trochu víc...*“ sděluje mi P3. Dle P4 by měly být pokroky ve zdravotnictví s ohledem na multikulturní ošetřovatelství určitě větší. Zdůrazňuje, že postupem času vzniká čím dál větší pravděpodobnost kontaktu s pacienty jiného vyznání. Potřebu většího pokroku vnímá i P5. P6 sděluje: „*pokrok tady určitě je, ale myslím si, že je potřeba si uvědomit, že personál může člověkem jiného vyznání, nejenom muslimem samozřejmě, potkat prakticky na kterémkoliv oddělení a bylo by skvělé, kdyby mohlo být dostáno alespoň nějakým našim základním potřebám*“.

7 Diskuze

Pro zajištění kvalitní kulturně kompetentní péče muslimským pacientům je zásadní mít povědomí o důsledcích, které vyplývají z islámské víry. S ohledem na stále vyšší migraci, musí být zdravotničtí pracovníci připraveni ke konfrontaci s novými kulturami. Je nutné, aby se naučili chápat a respektovat představy o zdraví a nemoci v jiných kulturách. Pro muslimské pacienty je nezbytné, aby byl zdravotnický personál vybavený alespoň základními znalostmi, zmiňuje Kopecký (2010). S tím souhlasí většina probandů, kteří se vyjádřili tak, že není potřeba a není v silách personálu znát úplně vše, ale postačí jim, když se budou zajímat, zda jsou věřící a budou znát alespoň základní věci, které jsou pro ně důležité zejména právě z důvodu jejich víry.

Z výzkumného šetření vyplývá, že muslimové vnímají zdraví ve dvou rovinách, a to zdraví vnější a vnitřní. Vnější zdraví představuje fyzickou schránku těla a vnitřní duši. Tento výsledek plně koresponduje s Hájkem a Bahbouhem (2016), který dvě formy uskutečnění svého bytí popisuje ve své publikaci. Ve výzkumu však není jednohlasně vyzdvižováno pouze výše zmíněné rozdělení, ale je probandy doplněno o sociální zdraví, které je zmíněno v definici WHO.

Velmi důležité je na tomto místě zmínit vnímání rodiny v muslimském světě. Jde totiž o jednu z nejpodstatnějších částí jejich životů a mají k ní velmi silné pouto. Ivanová (2005) ve své publikaci zmiňuje, jak je rodina pro muslimy důležitá, zejména z důvodu ochrany či zaopatření. S tím souzní většina našich probandů, kteří reagovali tak, že zdraví v rodině je pro ně stejně důležité, jako zdraví jich samotných. Jedná se o jedno z jejich nejcennějších hodnot. Dále také uvádí, že je v islámských zemích zvyklostí, že o nemocného pečuje rodina, s čímž souzní P6, který reaguje tak, že jsou povinni chránit a pečovat o nemocné. U souvislosti víry a zdraví je nutné zmínit, že pro všechny účastníky šetření je právě víra největším opěrným bodem pro zdraví. Věří, že díky víře mohou být zdraví, šťastní a případně i uzdravení. Toto tvrzení se shoduje s publikacemi Asadzandí (2020) a Hájka s Bahbouhem (2016), kdy obě publikace popisují, že důležitým atributem pro hodnocení stavu srdce jsou víra v Alláha, upřímnost a pokora.

Opakem zdraví je bezesporu nemoc, kterou můžeme obecně vnímat jako nějaký problém, se kterým je potřeba se vypořádat. Omezuje nás v normálním fungování ve společnosti, v práci, ale i v rodině. Klasický postup léčby za pomoci medicíny je u nás standardem, ale u muslimského pacienta tomu tak vždy být nemusí. Nemoc je pro muslima zkouškou,

kteřá vede k možnosti nahlédnout do nemocí srdce. Nemocný muslim však neztrácí víru, ale naopak k ní obrací veškerou energii a pozornost. Většina účastníků vnímá právě nemoc jako zkoušku jejich víry, čímž se potvrzuje tvrzení Asadzandi (2020). Dále musíme zmínit, že nemoc v muslimském světě s sebou přináší další specifikum ve smyslu možného očištění se od hříchů tak, jak uvádí Hájek a Bahbouh (2016). Část probandů rozšiřuje informaci o zkoušce a dodává, že pokud člověk onemocní nejen přenosnou nemocí, může být tato skutečnost považována za určitou formu trestu, že se například špatně staral o svěřené tělo od Boha. Toto tvrzení je ale v přímém rozporu s Hájkem a Bahbouhem (2016), který ve své publikaci uvádí, že je opravdu zkouškou, nikoliv trestem, který na ně seslal Bůh. Většina probandů se shoduje, že ramadán je velmi důležitou součástí života každého muslima, kdy může dojít k tradičnímu udržování zdraví, může se očistit a zároveň naplňuje svou mysl moudrostí, mírem a požehnáním. Toto zjištění souhlasí s informací, kterou lze získat od 'Abd al-'Ātī (2010), ale zároveň jeden z účastníků výzkumného šetření neguje ramadán ze zdravotních důvodů. Popisuje, že právě díky ramadánu se mohou prohloubit somatické potíže, zejména pak nemoci ledvin, žlučníku, protože je tělo mnoho hodin bez přísunu tekutin, které jsou pro život nezbytně důležité. Toto tvrzení lze dohledat u Hasanein et al. (2017), který říká, že během ramadánu mohou i pacienti s diabetem dodržovat půst. Avšak, je třeba si uvědomit, že dodržování půstu v těchto případech může zvýšit riziko hypoglykemie, hyperglykemie, diabetické ketoacidózy a také dehydratace nebo trombózy.

Jako další velmi důležitý bod v této práci jsme řešili prevenci nemocí, screeningová vyšetření a očkování. Ač se může zdát, že na celém světě jsou tyto aspekty normou a standardem, nemusí tomu tak vždy být. Nicméně pro všechny naše probandy je prevence velmi důležitou složkou v jejich životě. Záleží samozřejmě na tom, zda si jedinec musí zdravotnickou péči hradit ze svých úspor nebo zda je součástí veřejného zdravotnického systému, tak jak ho známe u nás. V zemi, ze které pochází jeden z účastníků výzkumu je péče hrazená jednotlivcem a samozřejmě se i tam najdou jednotlivci, kteří jsou přímými odpůrci prevence. Může to být ale i například z důvodu, že odmítají, jak může být užitečná. Z islámu vychází povinnost pro muslimy přijímat veškerá opatření, která vedou k prevenci nemocí. Je důležité si uvědomit, že prevence bývá mnohdy účinnější než samotná léčba a je jim doporučováno, aby se aktivně starali o své tělo právě díky preventivním opatřením.

Všichni účastníci šetření, kromě jedné, jsou spokojeni s veřejným zdravotnickým systémem. Vyzdvihují vysokou kvalitu, a především dostupnost pro všechny bez rozdílu na jejich finanční možnosti. Co se týká komunikace, většina zúčastněných zmiňuje právě jazykovou bariéru jako jeden z největších problémů, které mohou nastat při komunikaci se zdravotnickým personálem. Toto můžeme zjistit i z publikace Linhartové et al. (2015), která říká, že při střetu s minoritní kulturou se může personál potýkat s komunikačními a kulturními bariérami. Stejně tak to ale platí i pro druhou stranu, tedy pro minoritu, v našem případě pro muslimy. Tyto bariéry mohou mít za následek frustraci, strach a další negativní emoce. Pokud není komunikace dostatečná, může vést k nepochopení a až ke vzniku komplikací, které mohou ohrozit zdraví i život pacienta. Navrhuje proto, aby bylo využíváno pomoci tlumočnicka, rodinného příslušníka či přátel. S tímto tvrzením souhlasí i jeden z účastníků, který byl tlumočnickem několika svých přátel, kteří potřebovali využít odborné lékařské pomoci a znalost cizích jazyků u nich nebyla téměř žádná, jelikož uměli mluvit pouze svým rodným jazykem. Dále zmiňuje i to, že není nutné znát místní jazyk, ale pomohla mu v komunikaci se zdravotnickým personálem například znalost angličtiny.

Velkou pozornost je nutné věnovat i ženám muslimského vyznání, u kterých při poskytování péče dochází k podstatným specifikům, která když nebudou dodržena, může dojít k odmítnutí veškeré péče. Toto tvrzení lze opřít o několik našich probandů, kteří říkají, že pro ženu je nutné poskytovat péči zdravotníkem stejného pohlaví. V knize Lidská práva v islámu (2006) je uvedeno, že důležitou součástí islámské legislativy je informace, že cudnost ženy musí být chráněna a respektována. Je zakázán jakýkoliv fyzický kontakt mezi ženou a mužem, kteří nejsou příbuzní. S tím velmi úzce souvisí situace, kdy je při ošetření v běžné praxi vyžadován zdravotník nebo tlumočnick stejného pohlaví, a to s největším důrazem na situace, kdy jsou vyšetřovány intimní partie (Hájek & Bahbouh, 2016). S čímž souhlasí i P2, který uvádí, že bylo nutné vyhledat gynekoložku pro jeho manželku, která z důvodu lékaře opačného pohlaví odmítala i jako těhotná chodit na pravidelné kontroly.

Neopominutelnou složkou islámského práva je etika, která slouží jako soubor pravidel, která určité věci povolují a zakazují (Kutnohorská, 2013). Zdravotnický personál pečující o pacienta by měl být dostatečně znalý nejenom těchto aspektů dané kultury, ale i toho, jakým způsobem dosáhnout poskytování péče kulturně vhodným způsobem. K tomuto výroku se připojuje většina probandů, kteří souhlasí s tím, že by každý zdravotník měl mít alespoň nějaké základní znalosti, snahu vyjít vstříc a upravit péči alespoň částečně

dle jejich specifík. Dále jedna z účastnic uvádí, že ve veřejném zdravotnickém systému není prostor pro individualitu člověka. Hernová (2003) zdůrazňuje, že jednotlivé kultury vnímají respektování svých odlišností jako své nezadatelné právo, což potvrzuje vyjádření účastnice, která si stěžuje právě na nedodržování individuálních potřeb. Je tedy nutné, aby s pacienty bylo zacházeno kulturně vhodným způsobem, a proto je pro poskytovatele zdravotnických služeb v oblasti multikulturní společnosti její aplikování nutné (Papadopoulos, 2006). Součástí transkulturního ošetřovatelství je především erudovanost zdravotnického personálu v oblasti multikulturní společnosti a je nutné, aby docházelo k prohlubování znalostí a propojování těchto hodnot do praxe (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018). Proti tomuto tvrzení se částečně obrací P2, který zmiňuje, že není možné dostat všem kulturním zvyklostem a odlišnostem, jelikož jich je velké množství a vnímá, že v České republice jsou minoritou. Tento názor ve své publikaci zastává také Topinka (2016), který zmiňuje, že náboženská praxe je ovlivňována životními podmínkami, možnostmi a preferencemi jednotlivců. Každý jednatel praktikuje islám s jinou intenzitou, četností a důsledností. Z tohoto důvodu ale souhlasí s ostatními, že by bylo vhodné, aby personál měl minimálně základní znalosti, které se může v případě setkání s pacientem z minority využít. Získávání kulturních kompetencí je celoživotním procesem a Kaihlanen et al. (2019) ve svém výzkumu zdůrazňuje důležitost dalšího vzdělávání i v rámci aktivního zapojení v praxi. Stjžené tvrzení zdůrazňuje i P5, který klade důraz na vzdělání zdravotníků nejen ve svém oboru, ale i s určitým přesahem, dále pak i základní znalosti o různých kulturách, se kterými může přijít kdykoliv do styku.

Závěrem této diskuze můžeme zhodnotit, že zdraví a nemoc zaujímá v životě muslima velmi důležitou roli. Výsledky diplomové práce nám ukázaly, že je velmi důležité prohlubovat znalosti zdravotnického personálu s ohledem na odlišnosti a specifika dané kultury. Obecně vzato je důležité znát minimálně základní specifikace v péči o muslimského pacienta, díky kterým se bude ve zdravotnickém zařízení či při komunikaci se zdravotnickým personálem cítit bezpečně a komfortně. Jako pozitivum můžeme brát zjištění, že v našich zdravotnických zařízeních je erudovanost pracovníků na vyšší úrovni, než tomu bylo dříve. Určité znalosti a pochopení pro minoritní kultury, zejména pak pro nás podstatné muslimy, již mají. Je však důležité pokračovat ve vzdělávání jak budoucích zdravotníků, tak i těch, kteří se již pohybují v praxi. Díky vyšší

erudovanosti personálu bude možné poskytovat kulturně kompetentní péči na ještě vyšší úrovni a tím snížit riziko možných negativních dopadů na pacienta.

8 Závěr

Cílem této diplomové práce s názvem „Postoj ke zdraví a nemoci v muslimském světě“ bylo zmapovat, jaká jsou specifika ve vnímání zdraví a nemoci v kulturním a náboženském kontextu. Výzkumného šetření se účastnilo celkem šest probandů, z nichž byli čtyři muži a dvě ženy. Práce se zabývá vnímáním zdraví, nemoci, reálnými zkušenostmi probandů s poskytováním péče, kontaktem se zdravotnickým personálem, jejich očekáváním a také pokroky ve zdravotnictví s ohledem na poskytování kulturně vhodné péče. V návaznosti na vytyčený cíl byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Ty byly zaměřené na vnímání hodnoty zdraví a nemoci v muslimském světě, jaké mají očekávání a jaká je reálná zkušenost s poskytovanou péčí veřejným zdravotnickým systémem.

Z výzkumného šetření vyplývá, že zdraví je nejdůležitější, co v životě člověk má. Tato informace ale není použitelná pouze ve vztahu k jednotlivci, ale i ve vztahu k rodinným příslušníkům, přátelům či komunitě. Muslimové jsou povinni pečovat o své blízké v případě, kdy je nalomeno jejich zdraví. Vyzdvihovány jsou také dvě roviny zdraví, a to zdraví tělesné a duševní. Zároveň lze doplnit i třetí rovinu, a tou je rovina sociální. Každý z účastníků si je plně vědom důležitosti důkladné péče o jeho zdraví, provádění modliteb, nejenom rituální očisty, ale i běžná hygieny, dodržování základních zásad jako je zdravé stravování – dodržování halál a haram potravin, zařazení do života dostatku pohybu, relaxace a například dostatku spánku. Jak jednotlivec vnímá zdraví své či někoho jiného je závislé na jednotlivé kultuře, prostředí, ve kterém své potíže řeší a případně i finanční situaci.

Prevence je pro muslimy velmi důležitá. Screeningy a očkování jsou důležitou součástí prevence u většiny dotazovaných. Z výzkumného šetření vyplývá, že fyzická a duševní pohoda patří mezi nejdůležitější aspekty zdraví. Jedná se o aspekty, které na sebe vzájemně působí a v případě, že vznikne nějaký problém ať v rovině zdraví duševního nebo somatického, vždy se výsledný problém prolne i do druhé roviny. Je také nutné zmínit, že jsou si vědomi nutnosti pečovat o vlastní tělesnou schránku a duši. Jako další velmi důležité prvky bylo zmíněno spirituální a sociální zdraví. Bylo zjištěno, že v průběhu života došlo ke změnám ve vnímání zdraví, kdy u většiny účastníků se jednalo

o uvědomění si postupného stárnutí, zhoršování zdravotní kondice a část probandů uvedla, že se jejich vnímání zdraví změnilo v souvislosti s onemocněním blízké osoby.

Nemoc má pro muslimy v náboženském kontextu velký význam. Z výzkumu je patrné, že nemoc je vnímána jako zkouška víry, Boží vůle, kterou seslal Bůh, aby v ní muslimové hledali smysl a poselství. Zároveň lze nemoc vnímat jako možnost odčinění hříchů a očištění se. Jedna z nejdůležitějších věcí, které jsou spojeny právě s nemocí, je rodina. Žádný muslim není nikdy na svou nemoc sám, vždy má kolem sebe rodinu či přátele, kteří se s ním společně modlí, jsou připraveni mu pomoci a být mu nablízku. Co se týká dalších příčin, vychází nejčastěji psychosomatika, případně spojení více dalších faktorů, jako je třeba sociální či psychologický. Z toho vyplývá, že víra je v muslimském světě velmi úzce spjata s nemocí a jejím vnímáním. S tímto zjištěním úzce souvisí i vnímání rozdílu nemoci a zdraví, kdy z výzkumného šetření vyplývá, že každý může cítit rozdíl v něčem jiném. Obecně se shodují na tom, že nemoc s sebou přináší určité problémy, ale je důležité věřit a brát nemoc a zdraví jako součást života.

V souvislosti se zdravím a nemocí je nutné zmínit i očekávání od poskytované péče zdravotnickým zařízením a personálem, případně reálné zkušenosti účastníků výzkumu. Na začátku celé péče je potřeba poznamenat výhody celého našeho systému. Z šetření jednoznačně vychází, že veřejný zdravotnický systém je obrovskou výhodou, protože je péče dostupná pro všechny – jak pro bohaté, tak pro chudé. Díky tomuto systému je pak dostupná i prevence, díky které je možné předcházet větším problémům. Když si zdravotnické služby musí každý platit sám, může zanedbávat menší úrazy, protože na ošetření nemusí mít finanční prostředky. Jako problém jsou vnímány dlouhé čekací doby. Jelikož je péče hrazená z veřejného pojištění, tak i objednání na vyšetření většinou trvá dlouhou dobu, což může pro cizince naznačovat, že veřejný zdravotnický systém nefunguje efektivně. Obecně však z výzkumného šetření vyplývá, že mají probandi s našim zdravotnictvím dobré zkušenosti. Ve většině byl personál milý a snažil se vyhovět požadavkům, které muslimské vyznání s sebou přináší. Uvádají ale, že není možné stran našeho zdravotnického systému zajistit takovou péči, aby splňovala veškeré požadavky jejich víry. Někteří z účastníků šetření však vnímají péči jako kulturně nekompetentní. Náš systém umí pracovat s minoritami jen v určité míře, ale s postupem času dochází ke zlepšení. Nejpodstatnějším zjištěním bylo, že naši probandi vnímají

potřebu dodržování alespoň nějakých základních pravidel v péči o muslimského pacienta či pacientku. Dále pak je velmi důležité se na samotnou víru vždy při vyšetření dotazovat.

Na základě výsledků této diplomové práce byl vytvořen průvodce pro zdravotnický personál, který může sloužit jako užitečný nástroj pro kompetentní jednání s muslimskými pacienty.

9 Seznam literatury

‘Abd al-‘Āfī, Ḥ. (2010). *Zaostřeno na islám* (Nové, přeprac. a opr. vyd). Ústředí muslimských obcí.

Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists: And their work* (10th). Elsevier Health Sciences.

Alomair, N., Alageel, S., Davies, N., & Bailey, J. V. (2020). Factors influencing sexual and reproductive health of Muslim women: a systematic review. *Reproductive Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0888-1>

Anon, J. (1996). The muslim law (Shariah) council and organ transplants. *Accident and Emergency Nursing*, 4(2), 73-75. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(96\)90005-3](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(96)90005-3)

Anwer, A. W., Samad, L., Iftikhar, S., & Baig-Ansari, N. (2017). Reported Male Circumcision Practices in a Muslim-Majority Setting. *BioMed Research International*, 2017, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/4957348>

Asadzandi, M. (2020). An Islamic Religious Spiritual Health Training Model for Patients. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 173-187. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0709-9>

Attum, B., Hafiz, S., Malik, A., & Shamoan, Z. (2023). Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>

Bártlová, S., Sadílek, P., & Tóthová, V. (2008). *Výzkum a ošetrovatelství* (Vyd. 2., přeprac. a dopl). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Boëlle-Rousset, C., Chemla, C., & Rastetter, N. (2006). Klíč k náboženství: srovnání čtyř největších světových náboženství: [co mají společného judaismus, křesťanství, islám a buddhismus?]. Albatros.

Boucher, N. A., Siddiqui, E. A., & Koenig, H. G. (2017). Supporting Muslim Patients During Advanced Illness. *The Permanente Journal*, 21(3), 16-190. <https://doi.org/10.7812/TPP/16-190>

- Bratinková, T. (2011). Ošetrovatelská praxe v Saúdské Arábii z pohledu české sestry [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství.
- Bullough, V. L., & Sentz, L. (2004). *American Nursing: A Biographical Dictionary* (Volume 3). Springer Publishing Company.
- Crofter, W. (2006). *Velká kniha islámu*. BVD.
- Haeri, F. (1997). *Základy islámu: tradice, historie, vývoj, současnost*. Votobia.
- Hájek, M., & Bahbouh, C. (2016). *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Grada Publishing.
- Hassanein, M., Al-Arouj, M., Hamdy, O., Bebakar, W. M. W., Jabbar, A., Al-Madani, A., Hanif, W., Lessan, N., Basit, A., Tayeb, K., Omar, M. A. K., Abdallah, K., Al Twaim, A., Buyukbese, M. A., El-Sayed, A. A., & Ben-Nakhi, A. (2017). Diabetes and Ramadan: Practical guidelines. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 126, 303-316. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.003>
- Hemaya, A. M. (2012). *Islám: hluboké nahlédnutí. Ústředí muslimských obcí*.
- Hernová, Š. (2003). Cizinci v České republice a otázky integrace a zdravotní péče. In D. Mastiliaková, R. Adameczyk, Š. Hernová, P. Hluštík, J. Kutnohorská, J. Košková, & D. Kolínková, *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. (pp. 41-47). Ostravská univerzita.
- Hornáková, A. (2008). *Multikulturní komunikace při ošetrování klienta jiné kultury*. *Sestra*, 18(9), 23-24.
- Charles, C. E., & Beth Daroszewski, E. (2012). Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 61-63. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.596613>
- Janků, T., Linhartová, L., & Topinka, D. (2017). Practice of Nursing Care Provided to Clients from Muslim Countries in the Czech Republic. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1658-1669. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0273-0>

- Kaihlanen, A. -M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Kelnarová, J. (2007). *Tanatologie v ošetrovatelství*. Littera.
- Khidayer, E. (2011). *Arabský svět – jiná planeta?* Mladá fronta.
- Khidayer, E. (2012). *Život po arabsku*. Mladá fronta.
- Kober, L. (2008). Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*, 18(10),24.
- Kopecký, J. (2010). Pacient muslimského vyznání a ošetrovatelský proces. Cesta k modernímu ošetrovatelství: sborník příspěvků z odborné konference konané ve dnech 16. - 17.9. ve FN Motol. Fakultní nemocnice v Motole.
- Korán*. (2012). *Československý spisovatel*.
- Kropáček, L. (2003). *Duchovní cesty islámu* (3. dopl. vyd). Vyšehrad.
- Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Grada.
- Leininger, M. (1997). Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), 32-52. <https://doi.org/10.1177/104365969700800205>
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (Third Edition). McGraw-Hill Education.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones and Bartlett.
- Leong, M., Olnick, S., Akmal, T., Copenhaver, A., & Razzak, R. (2016). How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 771-774.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.034>
- Lhoťan, L. (2019). *Islám a islamismus v České republice* (3. rozšířené vydání). Lukáš Lhoťan.

Lidská práva v Islámu. (2006). Islámská nadace v Praze s nakl. NÚR - Fethi Ben Hassine Mnasria.

Linhartová, L., Janků, T., & Topinka, D. (2015). Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty. Florence, 2015(11). <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/multikulturni-osetrovatelstvi-pece-o-muslimske-pacienty/>

Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů (*Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. a ústavního zákona č. 295/2021 Sb. In: 1992.*)

Líšková, M., Nádaská, I., Pavelová, L., & Křištofová, E. (2006). Základy multikultúrneho ošetrovatelstva. Osveta.

Malecká, J. (2014). Narození, svatba a pohřeb v sunnitském islámu. Masarykova univerzita.

Mastiliaková, D. (2002). Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. Karolinum.

McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2018). Leininger's transcultural nursing: concepts, theories, research, & practice (Fourth Edition). McGraw-Hill Education.

Nemčerková, M., & Špirudová, L. (2007). Leiningerové teorie kulturně shodné a rozdílné péče založené na různorodosti a univerzálnosti. In K. Žiaková, M. Palenčár, M. Nemčerková, D. Jarošová, E. Holmanová, K. Čáp, S. Kyčinová, I. Ondrejka, K. Ivanová, Zamboriová, L. Špirudová, & J. Marečková, Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie (pp. 139 - 159). Osveta.

Papadopoulos, I. (2006). Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners. Churchill Livingstone.

Pavlíková, S. (2006). Modely ošetrovatelství v kostce. Grada.

Plevová, I., Bužgová, R., Sikorová, L., Vrublová, Y., & Zeleníková, R. (2011). Ošetrovatelství II. Grada.

Potměšil, J. (2012). Šarī'a: úvod do islámského práva. Grada.

- Rolantová, L. (2012). Ústředí muslimských obcí. In V. Tóthová, V. Olišarová, D. Nováková, A. Hudáčková, L. Rolantová, & H. Michálková, *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin* (pp. 153-178). Triton.
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. Springer.
- Špirudová, L. (2006). Teorie transkulturního ošetrovatelství. In L. Špirudová, D. Tomanová, P. Kudlová, & R. Halmo, *Multikulturní ošetrovatelství II* (pp. 23-49). Grada.
- Špirudová, L., Ivanová, K., Halmo, R., Tomanová, D., & Bursová, J. (2004). *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. MZ ČR.
- Topinka, D. (2016). *Muslimové v Česku: Etablování muslimů a islámu na veřejnosti*. Barrister & Principal.
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada.
- VZP ČR. (2019). *Cizinci v ČR v systému veřejného zdravotního pojištění*. Retrieved September 11, 2023, from <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/cizinci-v-cr-v-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni>
- Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing.

10 Seznam příloh

Příloha 1 Polostrukturovaný rozhovor	84
--	----

11 Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní údaje	50
--------------------------------	----

12 Seznam schémat

Schéma 1 Význam a rozdíly ve vnímání zdraví v životě muslima.....	52
Schéma 2 Prevence a péče o zdraví	55
Schéma 3 Význam a chápání nemoci	58
Schéma 4 Veřejný zdravotnický systém	61

13 Seznam použitých zkratk

Apod.	A podobně
Atp.	A tak podobně
Bc.	Bakalář
ČR	Česká republika
Mgr.	Magistr
MUDr.	Doktor medicíny
SŠ	Střední škola
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaný
WHO	World Health Organization

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše vzdělání?
- 3) Jak byste popsali význam zdraví ve vašem životě a kultuře?
- 4) Jaký význam má zdraví v rámci rodiny a komunity ve vašem prostředí?
- 5) Můžete sdílet, jaké jsou pro vás osobně nejdůležitější aspekty zdraví?
- 6) Můžete popsat, jaké jsou tradiční metody udržování dobrého zdraví a prevence nemocí?
- 7) Jak se změnilo Vaše vnímání zdraví v průběhu Vašeho života a jak to ovlivnilo vaše hodnoty?
- 8) Jaký postoj zaujímáte vůči prevenci, pravidelnému screeningu a očkování?
- 9) Jakou roli hraje Vaše víra ve vnímání zdraví?
- 10) Jaký význam přikládáte nemoci ve vašem náboženském nebo kulturním kontextu?
- 11) Jak se vyrovnáváte s nemocí a jaké jsou vaše názory na její příčiny?
- 12) Jaké jsou Vaše osobní zkušenosti s nemocí a jak jste se s ní vyrovnávali z hlediska Vašeho náboženského přesvědčení?
- 13) Jakou roli hraje Vaše víra ve vnímání nemoci?
- 14) Můžete prosím popsat, jak se Vaše vnímání nemoci liší od vnímání zdraví?
- 15) Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody veřejného zdravotnického systému z Vašeho pohledu?
- 16) Jaké jsou vaše očekávání ohledně poskytované péče a lékařského personálu?
- 17) Jak hodnotíte kvalitu a dostupnost zdravotní péče poskytované veřejným zdravotnickým systémem?
- 18) Jak se mohou tyto služby přizpůsobit Vaším kulturním a náboženským potřebám?
- 19) Můžete popsat situace, kdy jste byli spokojeni nebo nespokojeni s péčí poskytovanou veřejným zdravotnickým systémem a co k tomu vedlo?
- 20) Jaký byl váš dojem z komunikace s lékaři a zdravotním personálem?
- 21) Jak jste vnímal/a postoj zdravotnického personálu k Vám a Vašemu náboženskému přesvědčení? Vyhodnotil byste péči jako kulturně kompetentní?
- 22) Jak vnímáte pokroky ve zdravotnictví s ohledem na multikulturní ošetřovatelství?