



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika výživy pacientů z vybraných
národnostních a náboženských minorit ve
zdravotnickém zařízení**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Daniela Brůžová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Havierniková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Problematika výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnickém zařízení 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 bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Daniela Brůžová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Lucii Haviernikové, Ph.D. za cenné rady, připomínky, ochotu a trpělivost. Po celou dobu psaní diplomové práce mi byla velkou oporou. Dále bych poděkování ráda věnovala všem probandům, kteří se našeho výzkumného šetření účastnili. V neposlední řadě děkuji své rodině a kolegům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Problematika výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnickém zařízení

Abstrakt

V současné době se stále více setkáváme s jedinci, kteří přicházejí z jiných zemí, vyznávají jiná náboženství, mají své vlastní hodnoty a jejich kultura je od té většinové rozdílná. Tito jedinci mají svá specifika i v oblasti stravování. Pokud stojí jídlo na samotných základech Maslowovy hierarchie potřeb, jedná se o základní aspekt lidské existence. Cílem moderního ošetrovatelství je poskytovat jedincům kulturně specifickou péči prostřednictvím kulturně vhodných způsobů tak, aby odpovídala kulturním hodnotám, přesvědčením a životním zvyklostem jednotlivce nebo skupiny.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnických zařízeních. Empirická část práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který byl uskutečněn se zástupci minorit (Romové, Vietnamci, vyznavači islámu a vyznavači pravoslaví), dále se zástupci z řad všeobecných sester a nutričních terapeutů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že zástupci z řad romské a vietnamské minority mají v průběhu hospitalizace minimální požadavky na stravování. Nároky vyznavačů pravoslaví jsou závislé na jejich míře dodržování půstů. Zástupci z řad vyznavačů islámu kladou na stravování v nemocničních zařízeních největší nároky. Výrazné rozdíly ve způsobu stravování lze nalézt i mezi zástupci uvnitř jedné minority.

Výrazná většina probandů nebyla při hospitalizaci dotázána na stravovací specifika plynoucí z jejich kultury ani na stravovací zvyklosti jich jakožto jedinců. Toto tvrzení nám potvrdily i všeobecné sestry, kdy nám několik probandů uvedlo, že se pacientů na jejich stravovací specifika nedotazuje. Z výsledků rozhovorů se zástupci z řad všeobecných sester lze vyčíst značné nedostatky již v samotných znalostech transkulturního ošetrovatelství. Probandi z řad všeobecných sester jmenovali velice málo kultur, se kterými se v průběhu své praxe setkávají. Stejně tak bylo z rozhovorů s nutričními terapeuty patrné, že ani oni se neseťkávají s velkou kulturní rozmanitostí pacientů. Zde se nám naskytla otázka, zda je ošetrovatelská anamnéza získávána sestrami správným způsobem a zda jsou v jejím průběhu zachyceny stravovací zvyklosti

pacientů. Míra spolupráce mezi všeobecnými sestrami a nutričními terapeutky byla hodnocena zástupci z obou těchto výzkumných souborů kladně.

Výstupem této diplomové práce je edukační materiál určený pro sestry, který by je měl seznámit se specifiky v oblasti výživy při poskytování péče vybraným minoritám.

Klíčová slova

Sestra; transkulturní ošetrovatelství; kultura; minorita; výživa; romská minorita; vietnamská minorita; vyznavač islámu; vyznavač pravoslaví

Problematics of nutrition of patients from selected national and religious minorities in health facilities

Abstract

Nowadays, we frequently meet individuals from other countries, people of different religion, with their own values and culture, which is different from the general majority. These individuals also have specific dietary and nutritional requirements. If food is based on the very foundations of Maslow's hierarchy of needs, it is a fundamental aspect of human existence. The goal of modern nursing is to provide individuals with culturally specific care through culturally appropriate ways to match the cultural values, beliefs, and life habits of the individual or group.

The aim of this master thesis is to map the issue of nutrition of patients from selected national and religious minorities in health care facilities. The empirical part of the thesis is based on qualitative research. The data collection technique was a semi-structured interview, which was conducted with representatives of minorities (Roma, Vietnamese, followers of Islam and followers of Orthodoxy), as well as with representatives of general nurses and nutrition therapists.

The research results show that representatives of the Roma and Vietnamese minorities have minimal dietary requirements during hospitalization. The requirements of followers of Orthodoxy depend on whether and to what extent they are fasting. Representatives of Islamists have the greatest dietetic requirements in hospital facilities. Furthermore, significant differences in diet can also be found within one minority.

During the hospitalization, majority of probands were not asked about the dietary specifics and requirements based on their culture or about the eating habits of them as individuals. This statement was further confirmed by general nurses, when several probands told us that they do not ask patients about their dietary requirements. The results of interviews with general nurses clearly show high level of deficiency in the knowledge of transcultural nursing, as well as in the provision of transcultural care. Probands from the ranks of general nurses named very few cultures that they encounter during their practice. Also, it was clear from interviews with nutrition therapists that they do not encounter a great cultural diversity of patients. This raises questions such as whether the nursing history is obtained by the nurses in the right way and whether the eating habits and requirements of the patients are recorded. Collaboration between

general nurses and nutritional therapists was assessed positively by representatives of both of these research groups.

The output of this master thesis is an educational material designed for nurses, which should acquaint health professionals with the specifics of providing care for selected minorities.

Key words

Nurse; transcultural nursing; culture; minority; nutrition; Roma minority; Vietnamese minority; follower of Islam; follower of Orthodoxy

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav	12
1.1 Transkulturní ošetrovatelství.....	12
1.1.1 Kulturně diferencovaná péče	13
1.1.2 Multikulturní výchova	14
1.1.3 Komunikace při poskytování kulturně specifické péče	16
1.2 Kulturní kompetence	19
1.2.1 Model Papadopoulos, Tilki a Taylor pro rozvoj kulturní kompetence.....	19
1.2.2 Model rozvíjení kulturní způsobilosti Josephy Campinthy-Bacote.....	20
1.3 Kulturně specifické modely využívané v transkulturním ošetrovatelství	22
1.3.1 Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče M. Leiningerové.....	22
1.3.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče J. Gigerové a R. Davidhizarové.....	23
1.4 Význam víry v životě jedince	25
1.5 Výživa	25
1.6 Romská minorita	27
1.6.1 Historie a původ.....	27
1.6.2 Kultura a tradice.....	29
1.6.3 Pojetí zdraví a nemoci.....	31
1.6.4 Stravovací specifika Romů	32
1.6.5 Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče	33
1.7 Vietnamská minorita	34
1.7.1 Migrace Vietnamců do České republiky	34
1.7.2 Historie Vietnamu	34
1.7.3 Kultura a tradice.....	36
1.7.4 Pojetí zdraví a nemoci.....	36

1.7.5	Stravovací specifika vietnamské minority	37
1.7.6	Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče	38
1.8	Islám	39
1.8.1	Historie islámu a filosofické základy	39
1.8.2	Kultura a tradice	40
1.8.3	Pojetí zdraví a nemoci	41
1.8.4	Stravování v Islámu	42
1.8.5	Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče	44
1.9	Pravoslavná církev	45
1.9.1	Posvátné tajiny a svátky v pravoslavné církvi	46
1.9.2	Pojetí zdraví a nemoci	47
1.9.3	Stravování v pravoslaví	48
2	Cíle práce a výzkumné otázky	50
2.1	Cíle práce	50
2.2	Výzkumné otázky	50
2.3	Operacionalizace pojmů	50
3	Metodika výzkumu	52
3.1	Použité metody výzkumu	52
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	53
4	Výsledky výzkumu	55
4.1	Vyhodnocení výsledků souboru AA – romská minorita	55
4.1.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AA	55
4.1.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru AA – romská minorita	56
4.2	Vyhodnocení výsledků souboru AB – vietnamská minorita	60
4.2.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AB	60
4.2.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru AB – vietnamská minorita	61
4.3	Vyhodnocení výsledků souboru AC – vyznavači islámu	68

4.3.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AC	68
4.3.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru AC – vyznavači islámu	69
4.4	Vyhodnocení výsledků souboru AD – vyznavači pravoslaví	77
4.4.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AD	77
4.4.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru AD – vyznavači pravoslaví	78
4.5	Vyhodnocení výsledků souboru B – všeobecné sestry	82
4.5.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru B	82
4.5.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru B – všeobecné sestry	83
4.6	Vyhodnocení výsledků souboru C – nutriční terapeuti	87
4.6.1	Identifikační údaje probandů výzkumného souboru C	87
4.6.2	Vyhodnocení rozhovorů souboru C – nutriční terapeuti	88
5	Diskuze	90
6	Závěr	106
7	Seznam použitých zdrojů	109
8	Seznam příloh	126
9	Seznam zkratk	145

Úvod

V současné moderní společnosti se při poskytování zdravotní péče setkáváme velice často s pacienty z různých zemí a kultur. Tato skutečnost je důsledkem otevřenosti většiny světa, kdy lidé stále častěji cestují, a to z nejrůznějších důvodů. Ke konci roku 2019 bylo v České republice hlášeno včetně azylantů 595 881 cizinců. Z tohoto počtu má v České republice hlášeno trvalý pobyt 299 453 osob. Ze zemí Evropské unie z celkového počtu cizinců pochází zhruba polovina, přičemž převažují Slováci. Z ostatních zemí do Čech nejčastěji míří Ukrajinci, Vietnamci a Rusové (Cizinci podle kategorie pobytu a státního občanství, 2018). Podle statistiky Českého statistického úřadu z roku 2011 se nejvíce obyvatel hlásilo ke křesťanství. K pravoslavné církvi se hlásilo kolem 25 000 osob. Z dalších náboženství vyznávalo zhruba 2 600 osob buddhismus a 1 900 osob islám (Obyvatelstvo podle věku, náboženské víry a pohlaví, 2011). Tito pacienti si s sebou přinášejí své vlastní zvyky, které se odrážejí ve všech aspektech jejich existence. Nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese se tak stává kulturně kompetentní personál, který je schopen poskytnout kulturně vhodnou a citlivou péči všem pacientům bez rozdílu rasy i vyznání.

Jedním ze zásadních aspektů každé kultury je výživa a samotná kultura stolování. Tato součást dané kultury provází jejího člena od narození a jedinci si s sebou nesou stravovací zvyklosti vázané k rodné kultuře celý život. Výživa je základní potřebou každého člověka, mnohdy však bývá právě tato základní složka lidského života v průběhu hospitalizace přehlížena, nebo bývá chápána pouze jako dostatečný příjem živin. Personál tak mnohdy nevnímá složitý systém stravování jedinců a nechápe ho v jeho celém kontextu. I mezi příslušníky jedné kultury se objevují odlišnosti ve stravování, ať už v preferenci pokrmů, tak ve stylu stolování. Mezi jednotlivými kulturami jsou rozdíly mnohdy daleko výraznější. Pokud je cílem zdravotnického personálu uspokojit potřeby pacienta, měli bychom věnovat značnou pozornost právě výživě jedinců, kterou bychom se měli snažit saturovat ve všech rovinách.

Toto téma jsem si zvolila pro jeho aktuálnost a nepostradatelnost znalostí o ostatních kulturách při poskytování péče. Dalším důvodem výběru tématu byla má touha po získání dalších informací o vybraných kulturách a specifikách jednotlivých minorit v oblasti stravování, které bylo možné v průběhu rozhovorů poznat z nejrůznějších úhlů.

1 Současný stav

1.1 Transkulturní ošetřovatelství

V souvislosti se současnou vlnou migrace se stále častěji stává, že ve zdravotnických zařízeních přicházíme do kontaktu s lidmi z odlišných kultur. V České republice je k roku 2020 oficiálně hlášeno přes půl milionu cizinců (Cizinci podle státního občanství, 2019). Dnes téměř neexistuje země či stát, ve kterém by byli zástupci pouze jednoho etnika. Na základě této skutečnosti tak čím dál více vzrůstá význam transkulturního ošetřovatelství a implementace transkulturní péče do každodenního ošetřování pacientů (Tóthová, 2017).

Správná ošetřovatelská péče má za cíl uspokojovat potřeby pacientů v bio-psycho-socio-spirituální rovině. Pokud toho chceme docílit, nestačí nám mít znalosti jen z oblasti fyziologie a psychologie. Je zapotřebí, abychom měli dostatek informací k uspokojení i socio-spirituálních potřeb. Cílem moderního ošetřovatelství je saturovat lidské potřeby tak, aby nemocný neměl důvod odmítat spolupráci či být nespokojený (Bittnerová, Moravcová, 2006). K poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je třeba, aby pracovníci ve zdravotnictví byli schopni vnímat pacienty jako celistvé bytosti hodné respektu. Pak teprve mají šanci si uvědomit rozdíly mezi jednotlivými pacienty a podle toho poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči (Švejsová, 2010). Každá kultura má svou vlastní víru, zvyky, hodnoty i způsoby léčby. Pro kvalitní péči je potřeba brát jednotlivá kulturní specifika v úvahu, pochopit je a dále implementovat. Velice důležité je znát a chápat verbální i neverbální způsoby komunikace (Kutnohorská, 2013).

Každá lidská osobnost je jedinečná a liší se od ostatních nejen svým chováním a vlastnostmi, ale i vnímáním sebe sama a vnímáním celého světa, který ji obklopuje. Důstojnost osobní identity každého člověka by neměla být zdravotnickým personálem nikdy přehlížena (Marková, 2010).

Ivanová et al. (2005) vysvětluje, že termín „transkulturní“ dodnes bývá často zaměňován za pojem „multikulturní“. Je však zapotřebí vnímat rozdíly mezi těmito pojmy. V multikulturní společnosti jsou zastoupeny různé kultury či etnika, které žijí vedle majoritní společnosti a vzájemně se tolerují (Kutnohorská, 2013). Kulturu však nelze chápat jako homogenní celek s jasnými hranicemi. Multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití a často ještě prohlubuje izolovanost cizinců (Ivanová et al., 2005). V přímém kontaktu se zástupci minoritních skupin je však zapotřebí pochopení

příčin a hranic odlišností, nikoli jen jejich popis. Proto je v současnosti vyhovující spíše koncepce transkulturalismu (Olišarová, 2012). Předpona trans vyjadřuje přesahování nějakých hranic, přeměnu či přetvoření. Jde tedy o přesahování hranic mezi kulturami a jejich prolínání (Kutnohorská, 2013). Transkulturní přístup je více než na charakteristiky jednotlivých skupin orientován na osobní zkušenosti jedince, které jsou spoluvytvářeny jeho kulturou v procesu socializace a zevními faktory (Olišarová, 2012).

Průcha (2010) definuje transkulturní ošetřovatelství jako praktický a teoretický obor, jehož předmětem jsou podobnosti a rozdíly v péči o pacienty z různých kultur s různým souborem hodnot, životních zkušeností a přesvědčení. Cílem ošetřovatelství je poskytovat účinnou a individualizovanou péči ve zdraví i nemoci vhodným způsobem k dané kultuře (Průcha, 2010).

Způsob vnímání druhých je odrazem úcty k vlastní osobě. U zdravotnického personálu je tedy důležitá nejen úcta ke druhým lidem, ale také sebeúcta. To, jak personál s nemocnými zachází, je tady ovlivňováno jejich vnímáním sebe samých, jejich sebehodnocením a sebeúctou. Každý jedinec si zaslouží úctu, proto bychom měli brát na zřetel jeho zájmy a přání (Kutnohorská, 2009).

1.1.1 Kulturně diferencovaná péče

Uznání specifík a rozdílností odlišných kultur bezpochyby zasahuje do relativní univerzálnosti péče, zároveň však poskytuje prostor pro efektivní řešení problémů multikulturní populace. V současné době je transkulturnost cílem či středobodem zájmu celého zdravotnictví (Farkašová, 2006). Pokud mají pracovníci ve zdravotnictví pečovat o pacienty z odlišných kultur účelně a s respektem, je zapotřebí, aby měli dostatek vědomostí a dovedností k poskytování kulturně diferencované péče (Tóthová, 2010). Při poskytování péče musíme zohlednit rozdílné pacientovy hodnoty, názory a praktiky v závislosti na odlišnosti jeho kultury. Základní znalosti, kterými by měl zdravotnický pracovník disponovat v oblasti péče o příslušníky jiných kultur, jsou etnicita, jazyk, náboženství, role rodiny, stravovací specifika, vnímání zdraví a nemoci (Ivanová et al., 2005). Dle Tóthové (2010) by zdravotnický personál měl být schopen poskytovat péči, která bude kulturně citlivá, kulturně vhodná a kulturně kompetentní. To znamená, že poskytovatel péče má základní znalosti týkající se tradic různých minoritních skupin, tyto znalosti umí aplikovat a v rámci poskytované péče chápe a zohledňuje celý kontext pacientovy situace.

Dle Hemberg a Vilander (2017) jsou kulturní kompetence strategie vedoucí ke zlepšení kvality péče a odstranění rasových rozdílů ve zdravotnictví. Kulturní kompetence chápou jako probíhající proces, ve kterém se poskytovatel zdravotní péče snaží neustále dosahovat schopnosti pracovat efektivně v kulturním kontextu pacienta.

Je důležité, aby sestry měly dostatek znalostí o pacientově kultuře a chápaly ji v celém kontextu, jelikož pohled pacienta se může značně lišit od pohledu sester. Nedostatek sester s dostatečnými znalostmi o kulturním zázemí pacienta může vést ke kulturním střetům. Poškozen může být nejen pacient, u kterého problémy s komunikací vedou k osamělosti a izolovanosti, ale i sestra, která nepocituje dostatek respektu ze strany pacienta i jeho rodiny. Pokud se pacientům dostává důstojné péče a cítí se být respektováni, přispívá to k vytvoření kvalitního vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem (Hemberg, Vilander, 2017).

Zprvu je nezbytné poznat etnickou příslušnost pacienta a pacientův rodný jazyk. Často opomíjené jsou spirituální potřeby a náboženství, které značně ovlivňuje jak vnímání a prožívání nemoci, tak denní režim, stravování a mnoho dalšího. Podstatná je znalost rodinného zázemí pacienta, jeho postavení v rodině a důležitost rodiny na hodnotovém žebříčku dané kultury (Ivanová et al., 2005). Při poskytování péče jsou sestry nuceny přehodnocovat dosavadní hodnoty a chápat cizí představy o zdraví i nemoci, o léčbě i ošetřování. Holistická ošetrovatelská péče je charakteristická přijetím a respektováním osoby bez ohledu na jeho původ (Farkašová, 2006).

1.1.2 Multikulturní výchova

Pokud hovoříme o multikulturní výchově, máme na mysli edukační činnost zaměřenou na učení lidí z různých etnik, národů, ras a náboženských skupin žít společně ve vzájemném respektu a spolupráci. Nejedná se však o pouhý proces výchovy, ale o komplexní systém vzdělávání, tedy záměrné a organizované předávání poznatků a vyučování různých dovedností a postojů. Poslání multikulturní výchovy může být dosaženo pouze tehdy, když jsou jak učitelé, tak studenti vybaveni znalostmi o jevech etnického, kulturního i rasového soužití. Multikulturní výchova probíhá formou nejrůznějších programů na školách i v mimoškolních zařízeních, v reklamních kampaních i v politických opatřeních (Průcha, 2011).

V odborné literatuře najdeme různé definice multikulturní výchovy. Jedním z průkopníků této disciplíny je Američan J. A. Banks. Podle něj je multikulturní výchova idea, vzdělávací hnutí a proces, jehož hlavním cílem je změnit strukturu

vzdělávacích institucí tak, aby všichni studenti bez rozdílu pohlaví, rasy i kultury měli rovné příležitosti ke vzdělání (Banks, 2010).

Dle Buryánka (2002) vede multikulturní vzdělávání studenty k respektování neustále rostoucí kulturní rozmanitosti a otevírá cestu různým způsobům života, myšlení a chápání světa. Studenti se dle autora učí komunikovat a spolupracovat s příslušníky odlišných sociokulturních skupin.

Autor Kraus (2014) uvádí, že multikulturní výchovu lze chápat jako vzdělávací proces, který má žákům z minoritních skupin zajistit, aby vzdělávací obsahy a učební prostředí byly přizpůsobeny jejich jazykovým a kulturním potřebám.

Multikulturní výchova je jedním ze způsobů, jakým civilizace může předcházet nejrůznějším rasovým konfliktům. Multikulturní výchova je široká oblast teorie a výzkumu, ale i školních a mimoškolních aktivit. Jelikož se jedná o typ edukace s určitým posláním, leží jádro multikulturní výchovy v pedagogice. Spojuje však v sobě i prvky kulturní antropologie, interkulturní psychologie a sociolingvistiky. Na základě určitých vzdělávacích obsahů, které jsou zařazeny do výuky, lze v žácích formovat pozitivní postoje k příslušníkům jiných kultur (Průcha, 2015). Dle Bendla (2015) je důležitým úkolem multikulturní výchovy vytváření podmínek pro integraci žáků, kteří přicházejí právě z odlišných kultur. Multikulturní výchova rozvíjí smysl pro spravedlnost, solidaritu a toleranci a vede nás k pochopení sociokulturní rozmanitosti (Bendl, 2015). Postoje žáků jsou výrazně ovlivněny názory a chováním učitelů. Právě učitelé jsou často tím nejdůležitějším elementem při multikulturním vzdělávání (Banks, 2016).

Hlavním cílem multikulturní výchovy je dle Bankse (2016) reformovat školský systém tak, aby vedl k edukační rovnosti studentů z různých etnických, rasových a společenských tříd. Aby byla podle autora implementace multikulturní výchovy do vzdělání úspěšná a efektivní, je nezbytné provést změny na institucionální úrovni, jež zahrnují přepracování kurikula, učebních materiálů a způsobů učení. Autor dále toto tvrzení doplňuje o změnu postojů, vnímání a chování pedagogů (Banks, 2016).

Multikulturní výchova se stala součástí rámcových vzdělávacích programů. Ne ovšem jako samostatný předmět, ale jako průřezové obsáhlé téma. Tímto způsobem se školství snaží dosáhnout rozvoje osobnosti žáka jak v rovině vědomostí, dovedností a schopností, tak v rovině postojové (Bendl, 2015). Dle autora multikulturní výchova poskytuje žákům znalosti o různých etnických a kulturních skupinách a rozvíjí jejich schopnost se orientovat a žít v pluralitní společnosti. V oblasti postojů a hodnot

multikulturní výchova pomáhá žákům vytvářet postoje tolerance a respektu k odlišným kulturním, etnickým a sociálním skupinám (Bendl, 2015).

Dle Šiškové (2008) jsou mladší lidé otevřenější novým informacím a dovednostem. Dokáží jim rychleji a lépe porozumět než lidé ve vyšším věku. Proto bychom se měli dle autorky zabývat multikulturní výchovou co nejdříve. Banks (2016) také zdůrazňuje, že již děti raného věku chápou rasové rozdíly a často vyjadřují negativní rasové postoje. Pokud nejsou jejich postoje záměrně a včas ovlivňovány, s věkem se více vyostřují a nabírají negativnější náboj.

1.1.3 Komunikace při poskytování kulturně specifické péče

V současné době se stává samozřejmostí mezikulturní střetávání a stejně tak mnohdy i požadavek znalosti cizího jazyka. Zájem o řešení společenských otázek stále více vyžaduje poznání cizích kultur a pochopení odlišností. Nesporný je vliv kultury na socializaci a utváření osobnosti. Každý si ze své kultury přináší vnitřní pocity, co je správné a co nesprávné. Pokud však není jeho chování v souladu s představami majoritní společnosti, může být vnímáno jako nepřijatelné (Evangelu, Gasparics, 2013).

Průcha (2010) definuje interkulturní komunikaci jako termín označující procesy interakce, při nichž jsou komunikujícími partnery příslušníci jazykově nebo kulturně odlišných etnik. Tato komunikace je přitom determinována specifíčkostí jazyků, kultur, mentalit a hodnotových systémů komunikantů.

Ivanová et al. (2005) tvrdí, že vhodná komunikace je jednou ze základních schopností sestry. Úspěšnost komunikace je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi, znalostmi jazykovými, znalostmi interkulturních rozdílů, společenských zvyků atd. Autorka tvrdí, že rozdíly v komunikaci jsou dány nejen tím, že národy a etnika používají odlišné jazyky, ale i způsobem vyjadřování, rituály a konvencemi užívanými při mezilidském kontaktu.

Dle Průchy (2010) jsou prokázány interkulturní odlišnosti ve vyjadřování emocí a v celkovém zdvořilostním chování. Zatímco v některých společenstvích je vyjadřování zdvořilosti poměrně strohé a jednoduché, v jiných společnostech představuje celý systém rituálů, které jsou doprovázeny prosbami, omluvami, poděkováním, pochybnostmi apod. Jako příklad Průcha (2010) uvádí, že ve Finsku je obvyklé, že jsou authority osločovány křestními jmény bez použití titulů, což je v naší společnosti nepřijatelné.

Jednotlivé kultury mají odlišné způsoby oslovování. V České republice, v Polsku, Rakousku i Německu je preferováno oslovování s použitím titulů. Ve Finsku, Švédsku a Norsku je vhodné oslovovat příjmením nebo dokonce křestním jménem. Je tedy vhodné zeptat se přímo pacienta, jak si přeje být oslovován. Pro běžného Evropana je normální mluvit při rozhovoru pravdu. Pokud lže, tak ale vnímá, že jedná nemorálně. Na rozdíl od nás je například pro Afgánce mnohdy lepší a morálnější zalhat, než mluvit čistou pravdu (Ivanová et al., 2005).

Jedním z interkulturních rozdílů ve verbální komunikaci je tabuizace určitých témat. Západní společnost je v komunikaci v zásadě otevřená a klade důraz na upřímnost i za cenu nelibosti u komunikanta. Naproti tomu Asiaté v komunikaci považují vytknutí nedostatků za neslušnost. Důraz na zdvořilost a udržování pozitivní sebe prezentace je pro ně důležitější než absolutní pravdivost (Černá, 2011).

Neschopnost efektivně komunikovat kvůli jazykové bariéře tvoří překážky, které mohou vést k pocitům zranitelnosti a frustrace u pacientů i poskytovatelů zdravotní péče. To může mít za následek nepravdivé či nesprávné informace týkající se zdravotního stavu pacienta, které vedou až k nevhodnému řešení konkrétních zdravotních problémů. V neposlední řadě se stává neefektivním získávání a předávání informací potřebných k udělování souhlasů s lékařským zákrokem (Easterby et al., 2012).

Výrazným rozdílem mezi jednotlivými jazyky je pojetí tykání a vykání. Obdobný princip, jako v češtině, je používán i v ostatních slovanských jazycích. Vykání od tykání rozlišuje i francouzština a němčina. Ovšem angličtina používá při vykání i tykání oslovení „you“ a vyšší úctu prokazuje oslovením „Mr.“, „Mrs.“, „Miss“. Ve vietnamštině se vyjadřování úcty mění podle toho, zda mluvíme s osobou ve stejném věku, nebo s osobou mladší či starší (Ivanová et al., 2005).

Jednotlivá kulturní společenství se mohou lišit tím, jak je v jejich hodnotových systémech zastoupena maskulinita a feminita a jaká je reprezentace rodu. Nejvyšší hodnoty maskulinity byly zjištěny v Japonsku, Rakousku, Venezuele, Singapuru a Itálii. Naopak země s nejvyšší feminitou jsou Švédsko, Norsko, Nizozemsko a Dánsko (Průcha, 2010).

Mezi verbální a neverbální komunikací existuje jeden zásadní rozdíl. Neverbální komunikace probíhá, i když s druhými komunikovat nechceme. Oproti verbální komunikaci tedy není možnost v této rovině mlčet (Larry et al., 2012).

Při komunikaci je většina informací předávána mimoslovně. Důležitým komunikačním prostředkem je lidská tvář. Pro vztah s pacientem je důležitý především úsměv. Úsměvem navozuje sestra atmosféru uvolnění, důvěry a optimismu. Evropané a Američané vyjadřují úsměvem své sympatie a dobrý záměr. Narozdíl od nás je v Asii úsměv často výrazem nejistoty a rozpaků. Pokud se asijský pacient usmívá, může se jednat o nepochopení dané situace či tomu, co bylo řečeno (Ivanová et al., 2005). Důležitá jsou i pravidla neverbální komunikace týkající se pozdravů. Na rozdíl od Evropanů, kteří při pozdravu podávají ruku, je v kultuře asijských národů tělesný kontakt tabu (Průcha, 2010). Vietnamci se zdraví podáním pravice s přiložením a lehkým stisknutím levou rukou. Pro Francouze je naopak typické políbení na obě tváře. V Rusku a Gruzii se políbí při pozdravu až třikrát. Například v Japonsku se úcta projevuje ukloněním s hlavou níže, než je hlava partnera (Ivanová et al., 2005).

Další složkou neverbální komunikace je haptika čili komunikace dotekem. Zde si musíme uvědomit, že v odlišných kulturách může být dotek cizí osoby vnímán jinak, mnohdy až nepříjemně. Například muslimský muž se smí dotknout pouze žen ze své rodiny a muslimské ženy se zdravotnický pracovník na určitých místech nesmí dotýkat vůbec (Ivanová et al., 2005).

Každá kultura má své zvláštnosti i v posturologii, tedy řeči těla, a kinezice, tedy pohybech při projevu. Například při komunikaci s Vietnamci bychom měli dělat pomalé a klidné pohyby. Afektovaný projev je považován za nezdořilý a neuctivý. Až 40% sociální interakce je tvořeno očním kontaktem. V evropských kulturách je oční kontakt známkou zájmu a zainteresování do rozhovoru. U jiných kultur však může být upřený pohled vnímán útočně (Černá, 2011).

Stejně tak je tomu u vzdálenosti při komunikaci, tedy u proxemiky. Přílišná blízkost může vyvolávat obavy až strach, a naopak přehnaný odstup může působit neosobně až lhostejně. Kutnohorská (2013) tvrdí, že nemocní lidé, kteří jsou navíc v cizím prostředí, jsou k neverbálním projevům velice citliví. Je tedy nutné věnovat mimoslovní komunikaci zvýšenou pozornost. Komunikace je významným aspektem profesionality a kvality v ošetrovatelské péči. V mnoha studiích bylo zjištěno, že špatná komunikace je nejdůležitějším zdrojem nespokojenosti hospitalizovaných lidí. V této souvislosti platí tvrzení, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Komunikace s klienty vlastní kultury je v mnohém snazší než komunikace s klienty cizích kultur a národností (Špirudová, 2007).

Důležité je si uvědomit, že lidé z odlišných kultur mohou vysílat i přijímat signály jinak, než by zástupci majoritní společnosti očekávali. Z toho důvodu představuje znalost interkulturních charakteristik komunikace jednotlivých kultur a národů důležitou součást komunikačních kompetencí ve všech sociálních oblastech, tedy i ve zdravotnictví (Černá, 2011).

1.2 Kulturní kompetence

Dle Janíka (2005) kulturní kompetence znamenají rozsah působnosti, či souhrn oprávnění a činností, schopnost fungovat jistým způsobem. V kontextu multikulturního ošetrovatelství chápeme kompetenci jako schopnost učit se novým vzorcům chování a ty následně efektivně uplatňovat při poskytování péče (Kutnohorská, 2013). Špirudová (2006) popisuje definici kulturní kompetence z pohledu ošetrovatelství, které ji vnímá jako způsobilost či dovednost poskytovat takovou péči, která chápe problémy plynoucí z kultury, rasy i sexuální orientace a využívá k tomu ošetrovatelské teorie a modely. Plevová et al. (2011) řadí mezi pojmy, které jsou ve vzájemné interakci s kulturními kompetencemi, především znalosti, dovednosti, zkušenosti, postoje, hodnoty, osobnostní charakteristiku člověka či jeho dispozice. Dle Purnella a Paulanky je kulturní způsobilost uvědomění si samotné existence člověka s jeho způsobem myšlení a jeho vlastním sociokulturním pozadím. Jedná se o schopnost uzpůsobit péči konkrétnímu pacientovi. Nabytí kulturní kompetence umožňuje poskytovat kulturně uzpůsobenou péči, která využívá účinných strategií, které vycházejí z postojů, přesvědčení, chování a kultury odběratelů poskytované péče (Špirudová, 2006). Autorka modelu kulturně kompetentní péče Josepha Campinha-Bacote definovala ve své publikaci dosažení kulturních kompetencí jako proces, v němž sestra neustále usiluje o možnost pochopení kulturního kontextu pacienta včetně všech fenoménů, které jej obklopují (Campinha-Bacote, 1991).

1.2.1 Model Papadopoulos, Tilki a Taylor pro rozvoj kulturní kompetence

Irena Papadopoulos spolu s Mary Tilki a Ginou Taylor poprvé vytvořily model kulturních kompetencí v roce 1994. Jejich model vycházel z výzkumné studie transkulturního ošetrovatelského vzdělání. Cílem modelu bylo prosadit transkulturní vzdělávání do profesní přípravy sester. Kulturní kompetenci definují jako kapacitu poskytovat efektivní péči v souladu s vírou, chováním a potřebami. Kulturní

kompetence je podle nich výsledkem mnoha znalostí a dovedností, které získáváme v průběhu osobního i profesního života, a které stále obohacujeme (Tóthová, 2010).

Pro získání kulturní kompetence autorky popisují čtyři kroky, přičemž prvním je kulturní uvědomění. To začíná zkoumáním našich osobních hodnot a přesvědčení. Právě tyto hodnoty ovlivňují myšlení, chování a postoje jednotlivce. Kulturní identita je důležitá pro lidské vnímání sebe sama a pro to, jak vycházíme s ostatními lidmi. Při srovnání vlastních hodnot s hodnotami jedince z jiné kultury je možné pozorovat mnoho společného i odlišného (Papadopoulos, 2003).

Vytváření kulturní identity a její vliv na zdraví, hodnoty a přesvědčení je považováno za základní stavební jednotku vzdělávací platformy. Dalším krokem je kulturní znalost. Jedná se o smysluplný kontakt s lidmi z různých etnických skupin, který nám poskytuje potřebné znalosti o jejich přesvědčení a chování v oblasti zdraví a také nám pomáhá porozumět problémům, jimž čelí (Papadopoulos, 2003). Kulturní znalosti se mohou odvozovat od řady vědních oborů jako například antropologie. Ta se soustředí na kulturní podobnosti a rozdíly mezi kulturními skupinami a zároveň nám objasňuje příčiny vzniku těchto rozdílů a jejich působení na naše názory a praktiky (Sagar, 2011).

Třetím krokem je kulturní citlivost. Důležitým prvkem při dosahování kulturní citlivosti je to, jak odborníci vnímají ty, o které se starají. Pokud nejsou klienti považováni za rovnocenné partnery, nedosáhneme kulturně citlivé péče. To znamená, že profesionálové využívají své síly utiskujícím způsobem. Rovná partnerství zahrnují důvěru, přijetí a respekt, stejně jako napomáhání a vyjednávání (Plevová, 2011).

Posledním krokem je kulturní kompetence. Dosažení čtvrté etapy vyžaduje propojení a uplatnění předem získaného kulturního uvědomění, znalostí a kulturní senzitivity. Nejdůležitější složkou v této fázi je schopnost rozpoznat rasismus a jiné formy diskriminace či útlaku (Papadopoulos, 2003).

1.2.2 Model rozvíjení kulturní způsobilosti Josephy Campinthy-Bacote

Model rozvíjení kulturní způsobilosti Josephy Campinthy-Bacote je zařazován do osnov multikulturní výchovy po celém světě. Pracuje s pojmy kultura, uvědomování si, dovednosti a setkávání. Kulturní způsobilost vnímá jako proces, nikoli jako událost. Považuje ho za efektivní, pokud probíhá uvnitř skupiny, a ne napříč kulturami (Tóthová et al., 2017). Kulturní způsobilost je neustálý proces, který je potřeba rozvíjet. Zdravotnický pracovník při dosahování kulturní způsobilosti usiluje o efektivní

poskytování péče v rámci kulturního kontextu klienta či rodiny a komunity (Špirudová, 2006).

Josepha Campinthy-Bacote popisuje dosahování kulturní kompetence v pěti oblastech. Oblasti jsou tvořeny kulturním uvědoměním, kulturním přáním, kulturními dovednostmi, kulturními vědomostmi a kulturním setkáváním (Campinha-Bacote, 2011)

První oblastí je kulturní uvědomění. Jedná se o úmyslné sebezkoumání a hloubkové zkoumání předsudků, stereotypů a očekávání, které člověk má o jednotlivcích a skupinách, které se od něj liší (Campinha-Bacote, 2007). Podle hodnocení kulturního uvědomění rozeznáváme pět typů chování, a to typ naivní, typ věčného zachraňovatele, typ stavitele kulturních mostů, typ únikáře a typ bojovníka. Typ naivní jedná tak, aniž by si uvědomoval své předsudky a jejich dopad. Typ věčného zachraňovatele koná, aniž by si uvědomoval své předsudky a dále pokračuje ve svém chování. Typ stavitele kulturních mostů se chová vhodně a přiměřeně. Jeho chování je směřováno na to důležité. Je vzorem. Typ únikáře si stejně jako věčný zachraňovatel uvědomuje svou předpojatost, ale záměrně ignoruje vhodné chování nebo od rozhodnutí utíká. Typ bojovníka ve všem vidí nespravedlnost a bezpráví (Tóthová et al., 2017).

Další oblastí je kulturní přání. Jde o touhu a motivy poskytovat kulturně vhodnou péči. Projevuje se ochotou učit se a poznávat odlišné kultury (Tóthová et al., 2017). Jde o motivaci zdravotnického pracovníka „chtít“ se zapojit do kulturně kompetentního procesu, nikoli stav, kdy „musí“ (Campinha-Bacote, 2007).

Třetí oblastí jsou kulturní dovednosti. Tento proces probíhá jak ve vlastní zemi, tak v cizině, v běžném životě, i v zaměstnání. V zaměstnání je nezbytné sbírat relevantní informace ke kulturně vhodnému chování (Špirudová, 2006). Campinha-Bacote (2007) definuje kulturní dovednosti jako schopnost shromažďovat kulturně relevantní data týkající se současného problému pacienta a také přesné provádění kulturně založeného fyzického hodnocení kulturně citlivým způsobem.

Čtvrtou oblastí jsou kulturní vědomosti. Jedná se o proces získávání informací o odlišných kulturách, o víře, hodnotách pacienta a faktorech, které mohou ovlivnit jeho zdraví. Abychom mohli vnímat odlišnosti mezi kulturami, etniky a jedinci, je klíčovým předpokladem sebeanalýza a sebepoznání. Důležité informace pro rozvoj kulturních vědomostí nám dává řada společenských věd a humanitních oborů jako sociologie, antropologie, filozofie, historie, pedagogika, etika, politologie, psychologie aj. (Špirudová, 2006).

Poslední oblastí je kulturní setkávání. Jedná se o běžnou realitu praxe. Jde o proces přípravy zdravotnických pracovníků na setkání se s pacienty z odlišných kultur (Tóthová et al., 2017). Campinha-Bacote (2007) popisuje poslední fázi jako kontinuální proces interakce s pacienty z kulturně odlišného prostředí za účelem ověření, zdokonalení nebo úpravy stávajících hodnot, přesvědčení a postupů týkajících se této kulturně odlišné skupiny a rozvoje kulturní touhy, kulturního povědomí, kulturních dovedností a kulturních znalostí.

1.3 Kulturně specifické modely využívané v transkulturním ošetřovatelství

1.3.1 Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče M. Leiningerové

Madeleine Leininger poprvé definovala termín „transkulturní ošetřovatelství“ v roce 1960. Během života pracovala jako řadová, později i jako staniční sestra na chirurgickém oddělení. Následně působila jako ředitelka ošetřovatelských služeb na psychiatrickém oddělení a přednášela na univerzitě v Coloradu. Roku 1973 založila katedru transkulturního ošetřovatelství ve Washingtonu. O vliv kultury na chování jedince a prožívání nemoci se začala zajímat v 50. letech minulého století. Leiningerová si v praxi všimla odlišného chování jedinců z různých kultur. Uvědomila si, že kultura má značný vliv na životní styl a ošetřovatelskou péči (Pavlíková, 2006).

Pavlíková (2006) považuje za teoretická východiska oboru pojmy kultura, dominantní kultura a subkultura. Přičemž kultura je chápána jako hodnoty, normy a životní styl, které usměrňují myšlení, chování i rozhodování jedince. Dominantní kultura je popisována jako kultura, jež má na daném území kulturní, ekonomickou i politickou převahu. Naopak subkultura je chápána jako skupina, která se odlišuje od kultury dominantní. Příslušníci mají specifické hodnoty, normy i chování (Pavlíková, 2006).

Cílem ošetřovatelství je v modelu Leiningerové poskytovat jedincům kulturně specifickou péči prostřednictvím kulturně vhodných způsobů tak, aby odpovídala kulturním hodnotám, přesvědčením a životním zvyklostem jednotlivce nebo skupiny (Culture Care Theory, 2020). Pacienta vnímá jako holistickou bytost, která je ovlivněna sociálním prostředím (Pavlíková, 2006). Každý jedinec z různé kultury vnímá zdraví, nemoc i léčbu odlišně. Role sestry spočívá v rozpoznání tradičního způsobu péče dané kultury či subkultury a ve hodné implementaci poznatků do péče o daného pacienta (Wayne, 2021)

V modelu M. Leininger rozeznáváme dva základní systémy péče. Tradiční (lidový) a profesionální (formální). Zjednodušeně řečeno za lidový systém péče považujeme způsoby ošetřování členy dané kultury a naučené názory, poznatky a způsoby péče. Profesionální systém péče je ten, který je formálně vyučovaný. Jedná se o znalosti a dovednosti, které převládají v profesionálních institucích, obvykle s multidisciplinárním personálem (Gonzalo, 2021).

M. Leininger rozlišuje pojem péče (care) a pečování (caring), kdy jako péči chápe naučené a přenesené způsoby starání se o druhého, a jako pečování vnímá formální a naučené znalosti odborné péče a praktické dovednosti získané prostřednictvím vzdělávacích institucí (Gonzalo, 2021).

Pro sběr údajů o pacientovi vypracovala M. Leininger metodu, kterou nazývá etnoošetřovatelské hodnocení. To rozlišuje na krátkodobé a dlouhodobé. V krátkodobém hodnocení jsou zahrnuty body: zaznamenání vjemů o pacientovi, získání informací, hledání společného a rozdílného, sestavení ošetřovatelského plánu. Dlouhodobé hodnocení má bodů více, a to posouzení z hlediska jazyka, komunikace, gest, způsobu oblékání, tělesného vzhledu, náboženství, životních hodnot, stravování, laické péče o zdraví, prevence onemocnění, profesionální péče, sociálních vztahů, ekonomických faktorů, politických faktorů a vzdělávacích faktorů. (Tóthová et al., 2017)

Teorie transkulturní péče je graficky znázorněna pomocí modelu vycházejícího slunce. Pavlíková (2006) objasňuje čtyři úrovně, které jsou seřazené od nejabstraktnější po nejméně abstraktní. První úroveň zahrnuje filosofické názory a úroveň sociálního systému. Druhá úroveň obsahuje poznatky o členech odlišných zdravotnických systémů. Určuje kulturní specifika v péči o zdraví. Třetí úroveň zahrnuje charakteristické rysy každého systému péče. Čtvrtá úroveň obsahuje ošetřovatelskou péči zaměřenou na kulturní specifika jedince. Technologické, náboženské, filozofické, politické, právní, ekonomické a vzdělávací faktory, rodinné a kulturní hodnoty a životní styl jsou znázorněny slunečními paprsky, které se spojují ve vlivu na jedince.

1.3.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče J. Gigerové a R. Davidhizarové

Model J. Gigerové a R. Davidhizarové byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů ošetřovatelství k usnadnění hodnocení a poskytování péče pacientům z odlišných kultur (Giger, Davidhizar, 2002). Tento model navazuje na práci M. Leiningerové a usnadňuje a urychluje celostní hodnocení pacienta (Špirudová, 2006).

Dle autorek Giger a Davidhizar (2004) model Kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče vychází z holismu. V jádru stojí respekt ke kulturní jedinečnosti lidí. Model využívá poznatky z transkulturního ošetřovatelství a snaží se poskytovat péči, která je kulturně ohleduplná a individualizovaná. Dle autorek ústřední pojem modelu, kultura, představuje vzorec chování rozvíjený postupem času. Kultura je tvořena hodnotami, vírou, ovlivňuje naše chování a vnímání a přenáší se z generace na generaci (Giger, Davidhizar, 2004).

Giger a Davidhizar (2002) definovaly šest oblastí hodnocení pacienta, který je nazýván kulturně svébytným jedincem. Základními složkami modelu jsou komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy a biologické variace. První oblastí hodnocení je komunikace. Zde se zaměřujeme na jazyk, kterým pacient mluví, dále na charakteristiku hlasu, výslovnost i prvky neverbální komunikace (Tóthová et al., 2017). Dayer - Berenson (2011) uvádí, že u jazyka se hodnotí jak jazyk mateřský, tak i úřední či znalosti dalších jazyků. Velmi podstatná je dle autora i znalost mluvené a psané formy. Giger (2014) popisuje, že významnou roli hraje charakteristika hlasu, která může být silná a zvučná, tlumená, klasická a běžná či pronikavá a ostrá (Giger, 2014). O důležitosti hodnocení v oblasti neverbální komunikace hovoří Giger a Davidhizar (1991). Zde hrají nepostradatelnou roli mimika, podání ruky, haptika, kinezika, gestikulace, posturika, proxemika a chronemika. Druhou oblastí je sociální začlenění, kde vnímáme způsob chování, strukturu pacientovy rodiny a její organizaci. Zajímá nás pacientova role či funkce v rodině, jeho rodinný stav a počet dětí (Tóthová et al., 2017). Třetí oblastí je pojetí času. Podstatné je, zda se pacient orientuje na minulost, přítomnost či budoucnost, jak má běžně rozvržené aktivity v průběhu dne (Tóthová et al., 2017). Čtvrtou oblast tvoří vliv prostředí a výchovy, kde zjišťujeme pacientovy hodnoty, jeho víru, náboženské vyznání. Vliv výchovy a prostředí je závislý na kontrole nad vlastním životem a hodnotovou orientací (Giger, 2014). Další oblast je založena na biologické odlišnosti, tedy zkoumání zjevných rozdílů, jako je barva pleti, barva a hustota vlasů, rysy v obličeji, hmotnost a výška. Je ale zapotřebí znát i odlišnosti v laboratorních hodnotách, metabolizaci léků a imunitním systému (Giger a Davidhizar, 2002). Poslední oblastí je prostor. Doména prostor je hodnocena za pomoci poznání pocitu pohody či nepohody, odstupu při konverzaci a vymezením osobního prostoru (Sagar, 2012). Zde je podstatné dodržování osobního prostoru a uvědomování si rozdílných osobních zón (Tóthová et al., 2017).

1.4 Význam víry v životě jedince

Dle Řičana (2010) je spiritualita jedním z hlavních témat současné humanistické psychologie. Tvoří integrující centrum motivů, postojů, kognitivní orientace, je jádrem osobní identity a smyslu života. Autor zdůrazňuje, že v Maslowově hierarchii potřeb je spiritualita na vrcholu pyramidy. Neodmyslitelně tak patří k člověku, který jejím prostřednictvím dosahuje plného sebeuskutečnění. Spiritualita je tedy dle autora významným aspektem diagnostického poznávání osobnosti, psychoterapie, ošetrovatelství, výchovy atd. Spiritualita je někdy nazývána jako „postmoderní potomek náboženství“, kdy ji můžeme chápat jako prožitkové jádro náboženství. Samo náboženství je mnohdy vyjádřením pro instituce, nauky, rituály a jiné projevy náklonnosti k církvi. Spiritualita nemusí s náboženstvím nutně souviset. Rozumí se jí něco ušlechtilého, vyššího, co nás povznáší, co přináší smysl života (Řičan, 2010).

Dle Špirudové et al. (2006) duchovní přesvědčení obvykle pomáhá lidem vyrovnat se s nemocí a připravit je na smrt. Dle autorky dokáže dát víra životu i smrti smysl. Víra může podstatným způsobem ovlivňovat přístup nemocného a jeho rodiny k nemoci, k léčbě, k edukaci, k vidině budoucnosti i k umírání. Některé kultury pohlížejí na nemoc jako na boží trest za porušení harmonie s přírodou, nebo trest za minulé hříchy. V jiných kulturách vidí lidé v nemoci zkoušku své víry, kdy pravidelným modlením chtějí dosáhnout uzdravení. Pokud se jedinec neuzdravuje, potom to jeho blízcí mohou chápat buď jako potrestání nebo naopak jako nespravedlnost (Špirudová et. al., 2006).

Podle Tóthové et al. (2017) patří respekt k víře či náboženství pacienta k základním etickým principům transkulturního ošetrovatelství. Současné ošetrovatelství vnímá pacienta holisticky čili jako bio-psycho-socio-spirituální celek. Nemocný člověk vnímá priority svých potřeb mnohdy jinak než ošetrovatelský personál. Dle Munzarové (2005) se zdravotníci setkávají s nemocnými, kteří kvůli své víře zastávají určité postoje a zásady mravnosti, které se mohou značně lišit od jejich vlastních postojů. Pro účinnou a vhodnou péči je tedy nezbytné mít patřičné znalosti a přehled v oblasti odlišných náboženství. Jak tvrdí Kutnohorská (2013), mohou v průběhu nemoci u pacientů nabývat spirituální potřeby priority před biologickými.

1.5 Výživa

Výživa patří mezi nejdůležitější vnější činitele, které ovlivňují vývoj i zdraví člověka a zasahuje do všech oblastí lidského života (Středa, 2010).

Hlavní funkcí výživy je bezesporu dodání energie a živin do organismu. Výživa však patří mezi důležité psychosociální determinanty zdraví a mezi faktory životního stylu (Hřivnová, 2014). Fraňková (2003) shrnuje funkci jídla do komunikativně-sociálního obsahu. V první řadě autorka jídlo vnímá jako personální atribut, který vystupuje jako exhibiční efekt. Jídlo se stává záležitostí, která zdůrazňuje sociální postavení jedince. Velmi podobně tak může jídlo sloužit jako výraz socio-kulturní identifikace. V tomto případě se jedná o identifikaci členů s celou sociální skupinou. Výběr preferovaného jídla tak může odrážet identitu dané skupiny, třídy či kasty (Fraňková, 2003). S tímto tvrzením souhlasí i Hřivnová (2014), která tvrdí, že mezi silné determinanty patří socio-kulturní prostředí, ve kterém se nacházíme, a náboženské vlivy. Velmi silnými činiteli jsou i ekonomická situace, dostupnost potravin a vzdělanost. Mezi časté důvody, proč lidé jedí, patří prostá chuť, pocit nudy, společenská událost či touha ochutnat neznámé. Výživa člověka je determinována celou řadou faktorů. Patří mezi ně vliv rodiny a okolí a jimi preferované stravovací zvyklosti. Stravovací zvyklosti se formují od útlého dětství, a tak je v tomto směru vliv výchovy neopomenutelný (Hřivnová, 2014). Preference určitých pokrmů a celkové složení stravy jde ruku v ruce se sociální stratifikací společnosti. Rozdílné sociální skupiny dodržují u stolu své charakteristické zvyklosti. Lze říci, že lidé s vyšším socioekonomickým statutem konzumují více druhů potravin a také zdravější a kvalitnější potraviny (Maříková et al, 1996).

Jídlo je neodmyslitelnou součástí kultury. Tradiční kuchyně se dědí z jedné generace na druhou. Lidé si recepty své země berou s sebou kamkoli jdou a vaření tradičních jídel je způsob, jak zachovat svou kulturu, když se přestěhují na nová místa. Pokračování v přípravě tradičních pokrmů je symbolem hrdosti na svůj etnický původ a prostředkem pro zvládnání stesku po domově (Chau Le, 2017).

Jídlo v sobě kromě své důležitosti v rovině fyziologické i sociokulturní skrývá i psychologickou stránku, kterou nelze opomenout. Mnohé potraviny v nás zachovávají vzpomínky a pocity, které se probouzí spolu s vůněmi, s chutí, a dokonce se zvuky přípravy či konzumace. Známa jídla, jejich chuť a vůně přináší uklidnění i v často nejistých či nepříjemných situacích. Pokud potraviny, na které jsme jakkoli vázáni, či jsme na ně zvyklí, nemáme k dispozici, můžeme situaci vnímat jako ztrátu osobní identity či kulturního zázemí. K jídlu se vážou lidské tradice a historie. Naše identita se definujeme tím, co jíme, a úmyslně se tak sami distancujeme od ostatních skupin. Komunity vyjadřují svou identitu prostřednictvím svých stravovacích návyků. Naše

stravovací rituály mají určitý aspekt soudržnosti v rodině, v sociálním prostředí, ve vlastní kultuře (Stummerer, Hablesreiter, 2016).

Stejně tak, jako výživa ovlivňuje naše zdraví, je i výživa ovlivňována zdravotním stavem. V závislosti na nejrůznějších onemocněních se mění jak potřeba zastoupení živin, tak i chuť či celkově možnost přijímat potravu v obvyklém složení či dokonce přirozenou cestou (Hřivnová, 2014).

1.6 Romská minorita

Při sčítání lidu roku 2011 se k romské minoritě přihlásilo 5 135 osob (Obyvatelstvo podle pohlaví a podle druhu pobytu, státního občanství, způsobu bydlení, národnosti a náboženské víry, 2011). Podle odhadů se však počet příslušníků romské minority pohybuje v rozmezí 150 000 – 300 000 osob. Nejvíce Romů se nachází na severní Moravě (Ostrava, Karviná), v severních Čechách (Děčín, Ústí nad Labem), v Praze a Brně (Národnostní menšiny, 2006).

Romové se navzájem dělí podle profesí, které vykonávají. Nejlepší společenský status mají hudebníci. Romy můžeme dále rozdělit na městské a venkovské, kdy u venkovských Romů přetrvává oproti těm městským více tradic. Romové se mezi sebou rozlišují na čisté a špinavé. Za špinavé Romy jsou považováni ti, kteří porušili rodovou endogamii nebo například jedí koňské maso, ačkoli je kůň mezi Romy posvátné zvíře. Česká společnost dělí Romy především podle chování, odívání a podle barvy pleti (Ivanová et al., 2005).

1.6.1 Historie a původ

Po druhé světové válce, během které došlo k vyvražďování Romů, bylo na našem území registrováno pouze 600 jedinců romské minority. Jejich počet ale opět výrazně vzrostl vlivem poválečné migrace z Rumunska a v posledních letech také ze Slovenska. V důsledku paternalistické péče státu v sedmdesátých letech minulého století, kdy byly zvýšeny sociální dávky a podporována porodnost, docházelo spíše k pracovní demotivaci a k spoléhání na pomoc ze strany státu (Jarošová, 2007).

Pátrání po původní vlasti Romů je pro historiky úkolem již od středověku, kdy se v Evropě objevili. Velice pravděpodobný je fakt, že přišli z Indie. Většina odborníků předpokládá, že Romové pravděpodobně v historii patřili k původnímu obyvatelstvu Indie, jež bylo kolem poloviny druhého tisíciletí př. n. l. podmaněno indoevropskými nájezdníky. Nejpodstatnějším nástrojem upevnění současné i budoucí moci dobyvatelů

bylo zavedení nového společenského systému, kde podrobené obyvatelstvo zaujímalo nejnižší pozici (Horváthová, 2002). Příslušnost Romů k této kastě by mohla být i důvodem, proč Romové začali Indii od 8. století opouštět. Tato doba je pro odchod Romů z Indie velice pravděpodobná, jelikož v jejich jazyce nejsou zachyceny změny, ke kterým došlo v příbuzných indických jazycích později. Existuje možnost, že Romy z Indie vyhnala i častá sucha a s nimi spojený nedostatek potravy. O indickém původu svědčí nejen jazyk, ale i překvapivá podobnost některých zvyků. Ohledně stanovení data jejich příchodu se lze opírat pouze o dochované záznamy v archívech měst. V dobových kronikách existuje mnoho zmínek o putujících kejklířích, kteří bavili feudální pány, a o polonahých tanečnicích v zářivých barvách. Kolem 14. století se objevují záznamy o putujícím společenství lidí, které se od ostatních obyvatel lišilo tmavší pokožkou, oblečením, osobitým způsobem života, vlastním jazykem, značným temperamentem a jistou nepřizpůsobivostí se k okolí (Historie a původ Romů, 2019).

Romové žili vždy v uzavřených skupinách. Katolická církev začala poukazovat na to, že se chování Cikánů příliš neshoduje s chováním řádného křesťana. Církev vinila Romy z čarodějnictví a bezvěrectví (Šišková, 2001). Roku 1427 pařížský arcibiskup exkomunikoval Romy z církve. V roce 1545 vydal Ferdinand I. mandát, jímž nakazoval vypovězení Romů ze země. Stejně tak rozhodl Leopold I., který v roce 1697 prohlásil Romy za psance. Josef I. v represivní politice pokračoval a v roce 1706 nařídil, aby byly podél hranic rozmístěny výstražné tabule s varovnými nápisy a s vyobrazením Romů. Císař Karel VI. nařídil nejen tvrdé stíhání a trestání Romů, ale i tresty pro ty, kteří by jim poskytovali jakoukoli pomoc (Historie Romů na území České republiky, 2002).

Za vlády Marie Terezie došlo k několika asimilačním pokusům. Romové byli tolerováni za cenu mnoha omezení. Docházelo k potlačování romštiny, zákazům tradičního odívání, snahám o "převýchovu" romských dětí, zákazům některých tradičních povolání, nařizování plnění náboženských povinností atd. Syn Marie Terezie, císař Josef II., v roce 1784 vydal další rozhodnutí. Šlo o první pokus o státem řízené rozmístění romských rodin. Dosud neusazené romské rodiny měly být rozděleny do osmnácti moravských a dvou slezských obcí (Historie Romů na území České republiky, 2002).

Za první republiky bylo v Československu podle četnického soupisu okolo 65 000 Romů, z toho převážná většina na Slovensku. V roce 1927 vešel v platnost zákon zaměřený na potírání kočovného způsobu života skrze administrativní překážky (Hlaváček, 2014). Příslušníci romského etnika tak byli značně stigmatizováni. Za války

bylo mnoho Romů umístováno do kárných pracovních táborů a nespočet z nich nakonec zemřelo ve vyhlazovacích táborech. V padesátých letech se komunistický režim pokoušel o asimilaci Romů. V roce 1958 schválil socialistický parlament zákon o trvalém usídlení kočujících osob. V roce 1965 byl zřízen Vládní výbor pro cikánské obyvatelstvo, jejímž hlavním úkolem bylo zapojit do pracovního procesu všechny práceschopné Romy, zničit romské osady a rozptýlit či přesídlit jejich obyvatele (Hlaváček, 2014).

Ještě v sedmdesátých a osmdesátých letech byli Romové hromadně stěhováni do určitých oblastí a romské děti byly přerazovány do zvláštních škol. Změny přinesl až rok 1989. V prvních polistopadových volbách se zástupci Romské občanské iniciativy dostali do parlamentu a byly registrovány desítky romských občanských sdružení (Historie Romů na území České republiky, 2002).

1.6.2 Kultura a tradice

Dle Kovatse (2008) nejsou Romové homogenní skupinou. Ve východní a západní Evropě pozorujeme výrazné rozdíly jak v rozložení romské populace, tak rozdíly jazykové, sociální i kulturní. Autor tuto různorodost jednotlivých skupin demonstruje na příkladu romštiny, jakožto jazyka Romů, kdy neexistuje jednotný jazyk, ale 50 až 100 různých dialektů, které nejsou vzájemně srozumitelné. Tošner (2003) uvádí, že romská kultura je výrazně ovlivněná vlivy majoritní společnosti. Pozorujeme tedy rozdíly i mezi skupinami žijícími v rámci jednoho státu. Mezi Romy nalezneme ale i mnoho společných rysů, zejména co se týká vzhledu a způsobu života (Vágnerová, 2008). Autorka zmiňuje antropologické znaky jako tmavší barva pleti, tmavé oči a vlasy, dřívější dospívání a s tím spojený časný start sexuálního života a rodičovství v mladém věku.

Pro Romy je typické, že jsou fixováni na rodinu. Rodina je pro ně hlavní životní hodnotou. Odjakživa byla rodina pro Romy zdrojem obživy, zároveň plnila funkci vzdělávací a také funkci ochranou. Na rozdíl od většiny české společnosti, Romové řadí do své rodiny veškeré příbuzenstvo. Romština má dokonce vlastní pojmenování i pro děti sestřenic či bratranců. Romové vždy žili a žijí se svojí širší rodinou pohromadě, ať už v jedné osadě či čtvrti. Kromě příbuzenského vztahu je pojily i rodinné tradice a solidarita. Největším trestem pro Roma bylo vyhnání z rodiny, neboť tím ztrácel veškeré sociální i lidské jistoty (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019). Jakoubek (2009) tvrdí, že typickým rysem tradiční romské

rodiny je naprostá absence individualismu, soukromí a soukromého majetku. Jedincova identita je tvořena určitou pozicí v rámci rodiny, se kterou je pevně spjatý.

V množství potomků se vždy odrážela prestiž rodiny. Výchova dětí je především záležitostí matky, ale celá rodina se péče o dítě účastní. Romské děti mnohdy vyrůstají obklopeny až čtyřmi generacemi příbuzných. Pro ženu platily přísnější normy než pro muže a byly na ni kladeny vyšší nároky. Romská žena je vychovávána tak, aby se dokázala postarat o rodinu. Musí umět zabezpečit chod domácnosti, výchovu dětí a starat se o manžela. Dívky se odmala učí být dobrou ženou i budoucí snachou. V historii žena po svatbě zpravidla odcházela do domu rodiny manžela, kde pokračovala její výchova ze strany tchyně. Ženě se nepromíjely žádné větší odchylky od normy, především musela být věrná svému muži (Horváthová, 2002).

Romský muž je hlavou rodiny. Za rodinu rozhoduje a nese za její členy odpovědnost. Pro romskou rodinu je typická vzájemná solidarita a soudržnost. Rodiče se starají o své děti, dokud je třeba, a o staré členy rodiny se starají potomci. Dobře vychované dítě má svou rodinu v úctě a sebe vždy prezentuje rodinou, ze které pochází (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019).

Príslušníci rozvětvených rodin, takzvaných „silných rodů“, mají dodnes velkou autoritu u ostatních Romů. Současné romské kulturní či politické subjekty jsou tvořeny v jednotlivých městech příslušníky určitých rodin. U většiny olašských Romů stále přetrvává nepsaný zákon "čistě krve", který nepovoluje manželství s jinoetnickými partnery. Počet romsko – českých či romsko - slovenských manželství ale stále narůstá.

Na hodnotovém žebříčku Romů stojí školní vzdělanost hodně nízko. Častý neúspěch ve škole až jistá nechuť se vzdělávat je možná způsobená tím, že škola Romům neposkytuje to, co by od ní očekávali, nerespektuje jejich jazyk ani rozdílné kulturní a sociální podmínky. Jednou z možných příčin je také odlišnost vyučovacího jazyka od jejich mateřštiny a úplná absence alespoň minimální předškolní přípravy. Jejich slovní zásoba českého jazyka je proti ostatním dětem poloviční (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019).

V poválečných letech, a ještě výrazněji v současné době, probíhají u Romů stále hlubší změny v jejich společenské pozici, ve způsobu života, kultuře a hodnotové orientaci v celém romském společenství. Neustále snahy o asimilaci v minulosti Romů vedly mnohdy k nezdravým snahám o vyrovnání se materiálnímu způsobu života většinové společnosti. Postupně dochází k přeměně hodnot, kdy nové generace kladou

majetek a peníze na první místo ve svém hodnotovém žebříčku, a přitom opouštějí své pozitivní tradiční hodnoty (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019).

V oblasti spirituality se u Romů setkáváme s vírou v muly. Jedná se o duchy mrtvých předků. Romové věří, že duše mrtvých, mulové, se vrací na zem z různých důvodů, jako je pomsta, nesplněné přání, nesplacený dluh či stesk (Raichová, 1999).

1.6.3 Pojetí zdraví a nemoci

Romové považují nemoc za nečistou sílu z odlišného světa. Nemoc by se neměla označovat pravým jménem, především proto, aby nebyla přivolána (Hübschmannová, 2002). Nejvyšší hodnotou je pro Romy život. Pozitivně je vnímáno vše, co vede k jeho zachování. Vše, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně (Šišková, 2001). Dle autorek Šlechtové a Bürgerové (2009) je významným faktorem, jež bezpochyby ovlivňuje postoj ke zdraví u romské populace, nižší úroveň vzdělání jejích členů oproti ostatním členům majoritní společnosti. Zhruba 20 % Romů nemá ukončenou základní školu a vzdělání končí základní školou až 70 % Romů. Zároveň nezaměstnanost se u romské populace pohybuje kolem 80 %. Zdravotní stav romské menšiny je oproti většinové společnosti horší. Ke špatnému zdravotnímu stavu romských obyvatel přispívají jejich špatné stravovací návyky. Romové se stravují nepravidelně a nezdravě. Pro romskou stravu je typické velké množství potravin z mouky a nekvalitních masných výrobků, nedostatek mléka, zeleniny a ovoce (Šlechtová, Bürgerová, 2009).

Jarošová (2007) tvrdí, že u Romů se často setkáváme s užíváním návykových látek, především alkoholu a cigaret. Dle autorky oproti majoritní populaci u Romů zaznamenáváme nižší očekávanou střední délku života, vyšší úmrtnost včetně kojenecké úmrtnosti a nižší věk mateřství.

Ke zvláštnostem Romů patří, že mají slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Často pozorujeme jistou nesamostatnost a strach v případě nepřítomnosti rodiny. Zdraví je Romy stavěno na třetí příčku v žebříčku hodnot, až po rodině a lásce. Romové vnímají zdraví jako fyzickou odolnost, sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti. Romové pociťují značný strach z bolesti a ze smrti. Rozhodnutí lékaře či navržený postup léčby konzultují se svou rodinou (Ivanová et. al., 2005).

1.6.4 *Stravovací specifika Romů*

Dle Stávkové (2014) se ve stravování Romů i v jeho historii odráží kočovný způsob života tohoto etnika. Autorka zmiňuje, že život bez stálého zázemí Romům znemožňoval pravidelné obdělávání půdy či chování dobytka. Jejich styl života ze dne na den vedl k tomu, že si Romové netvořili většinou žádné zásoby potravy, což představovalo zejména v zimním období velký problém. Jejich strava byla velmi jednostranná, chudá a jednoduchá na přípravu. Typické pokrmy byly připravovány ze základních surovin jako mouka, brambory, kukuřice nebo zelí. Maso konzumovali zřídka, a když, tak se jednalo o lesní zvěř, drůbež, polní hlodavce, popřípadě vnitřnosti. Nedostatečně bylo v romském jídelníčku zastoupeno ovoce, zelenina a mléčné výrobky (Stávková, 2014). Prokešová (2010) tvrdí, že typ jídla a množství pokrmů vypovídalo o společenském postavení Romů. Silnější postava byla kvůli nedostatku potravy vzácností, a proto byla znakem blahobytu. Tento vzorec bohužel přetrval do současnosti (Tóthová, 2015).

Příprava jídel je pro romské etnikum rituálem, který má řadu pravidel. V jídle se promítá postavení romské rodiny v komunitě. Mezi základní pravidla přípravy pokrmů je dodržování rituální čistoty. Pro vaření jsou vyčleněny speciální nádoby, které nesmějí být používány k jiným účelům. Pokud se nějaké jídlo nespoteřebuje, okamžitě ho Romové vyhazují, není tedy skladováno na pozdější konzumaci. Na hospodyně jsou při přípravě jídla kladeny určité nároky. Mezi ně patří i dobrá nálada při vaření, která se následně promítne i do příjemné konzumace (Ivanová et al., 2005). Šišková (2001) tvrdí, že se nehodí konzumovat jídla, která spadla na zem, či do kterých spadl vlas nebo chlup, nebo která byla při přípravě jakkoli znečištěna.

Mezi tradiční romská jídla patří takzvané holubki, což jsou zelné listy plněné mletým vepřovým nebo kuřecím masem a rýží. Holubki se podávají s chlebem nebo s bramborami. Dalším tradičním pokrmem je pišot. Jedná se o taštičky z bramborového těsta plněné bramborami, ochucenými tvarohem, kysaným zelím nebo sušenými švestkami či povidly. Pišot se podává políty rozpuštěným máslem. Tradiční romskou polévkou je mačanka, jde o vývar z masa a hub. Lze ji však připravit i bez masa, a to na kyselém mléce. Oblíbený je i bramborový guláš, pečené brambory, bramborový kotlík s klobásou, fazolová polévka a plněné papriky (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019).

Dle Nečase (2002) se na impulzivním stylu stravování jistě odráží jejich kočovná minulost. Romové bezmyšlenkovitě nakupují na první pohled zajímavé ale nekvalitní

potravin. Autor tvrdí, že dny hojnosti, které přichází po výplatě, kdy rodina nakupuje potraviny ve velkém, jsou vystřídány dny „hubenými“. Velice oblíbené jsou polotovary, potraviny předvařené, před smažené či předpečené.

Dle Adámkové (2015) je významným faktorem, který se podílí na nezdravém životním stylu této minority fakt, že obezita je považována za známku dobré kondice a nevnímá se tedy jako nežádoucí vliv na zdravotní stav člověka. Urban a Kajánová (2010) potvrzují, že současný stav stravování romské minority v České republice není vůbec uspokojivý. Největším problémem je nadměrná konzumace masa a masných výrobků, tuků a minimální konzumace zeleniny či ovoce.

1.6.5 Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče

Při poskytování péče romskému pacientovi bereme v úvahu zcela rozdílný komunikační styl. Při komunikaci jsou Romové velice empatictí a vnímaví. Dokáží rozpoznat až 95 % informací předaných neverbálně. Jsou schopni vnímat podtext projevu. Sami Romové jsou při komunikaci velmi emotivní a hojně využívají nejrůznějších forem neverbální komunikace (Ivanová et al., 2005). Vágnerová (2008) uvádí, že energický temperamentní projev s důraznou gestikulací a snadnou výbušností mnohdy znesnadňuje začlenění do většinové společnosti, která považuje tento způsob vyjadřování za neadekvátní. Při kontaktu s romským pacientem bychom tedy měli vnímat pacientovy mimoslovní projevy a sami vhodně předávat informace i neverbálně (Ivanová et al., 2005).

Při komunikaci s romským pacientem bychom měli mluvit zřetelně, jasně a stručně. Romové nechápou ironii, proto bychom se jí při komunikaci měli vyhnout. Dále bychom se měli vyvarovat neupřímnosti, protože Romové jsou velice intuitivní a dokáží ji rozeznat (Kelnarová, Matějková, 2008)

Romové nemají problém s přijímáním kritiky, pokud je sdělována vhodným způsobem a v soukromí. Pokud je však Romovi cokoli vytýkáno veřejně, vnímá to jako velké zostuzení. Velkým problémem Romů je jejich nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu. Velice důležité je tedy získání důvěry romského pacienta včetně jeho rodiny. Ke každému pacientovi musíme přistupovat individuálně a poskytnout mu dostatek informací ohledně jeho zdravotního stavu, způsobů léčby i možných rizicích spojených s nedodržením léčebného režimu. Při komunikaci bychom měli používat srozumitelný jazyk a neužívat takové výrazy, které by byly nad rámec pacientových možností. Musíme být trpěliví, nespěchat a neměli bychom očekávat okamžité

výsledky. V každém případě bychom měli brát ohled na tradiční hodnotový systém romské minority, především nepodceňovat důležitost rodiny při cestě nemocí (Ivanová et al., 2005). Pro Romy je typická starostlivost, se kterou se můžeme setkat při hospitalizaci. Při hospitalizaci se mnohdy setkáváme s početnými návštěvami příbuzných (Kelnarová, Matějková, 2008).

Je obecně známo, že příslušníci romského etnika mají nižší práh bolesti a bolest dávají mnohdy hlasitě najevo (Václavíčková, 2015). V případě bolesti ihned žádají personál o analgetika nebo jiné léky na její tlumení (Nováková, 2012).

1.7 Vietnamská minorita

1.7.1 Migrace Vietnamců do České republiky

Migrace Vietnamců do Československa začala roku 1956, kdy začali přicházet jednotlivci za studiem (Kutnohorská, 2013). V rámci mezinárodní pomoci válkou zasaženému Vietnamu k nám přijelo 100 dětí, které u nás měly získat vzdělání (Šišková, 2001). Postupně začali přicházet dělníci, kteří se zde usazovali a zakládali rodiny. V imigraci viděli způsob, jak zlepšit svou ekonomickou situaci a zajistit lepší život pro své děti. Po roce 1989 se k nám stěhovali Vietnamci z Německa, Maďarska a Polska (Kutnohorská, 2013).

Při sčítání lidu roku 1991 bylo napočítáno pouze 421 osob, které se hlásili k vietnamské národnosti. O deset let později se přihlásilo 17 462 Vietnamců. České státní občanství mělo pouze 645 z nich. Roku 2011 se v vietnamské národnosti přihlásilo již 29 660 lidí. Od roku 2014 umožňuje zákon o státním občanství České republiky nabývat dvojí občanství, což by mělo mít vliv na počet příslušníků vietnamské minority s českým občanstvím (Národnostní menšiny, 2006). Poslední údaje z roku 2019 udávají počet 61 952 Vietnamců žijících na území České republiky (Cizinci podle státního občanství a pohlaví, 2019).

1.7.2 Historie Vietnamu

První známou dynastií, která vládla na území dnešního severního Vietnamu, byla dynastie Hong Bang. Ta zde panovala od roku 2879 př. n. l. až do roku 258 př. n. l. V tomto období vznikl první známý státní útvar, ve kterém žili příslušníci většinové společnosti – Vietové. Ti se usadili na území delty Rudé řeky, kdy vytvořili vyspělou civilizaci doby bronzové. Mezi hlavní způsoby obživy patřilo pěstování rýže. Zvyk

potírání si zubů černým lakem přetrval od těchto dob na některých místech dodnes (Šišková, 2001).

Roku 111 př. n. l. bylo území Vietnamu obsazeno a formálně přiřčeno k Číně. Období čínské nadvlády trvalo až do roku 939 n. l. V průběhu nadvlády Číny proběhlo několik protičínských vzpour, které byly vždy potlačeny (Šišková, 2001). Vietnam se v následujících staletích stal významnou destinací a zastávkou na plavební trase spojující Čínu a Indii. Číňané přinesli do Vietnamu konfucianismus, taoismus a mahájánový buddhismus. Číňané naučili Vietnamce svému umění stavět hráze a zavlažovací systémy, které vedly ke zdokonalení v pěstování rýže (Ray, Yanagihara, 2006).

Až Ngo Quyen porazil v 10. století Číňany a nadvládu tak ukončil. V průběhu vlády dynastií Pozdní Ly (1010 – 1225 n.l.) a následně Tran (1226 – 1400 n.l.) zaznamenal Vietnam rozvoj kultury, státní správy, školství atd. V 16. století byl Vietnam rozdělen na území severního a jižního Vietnamu, kdy na severu vládla dynastie Trinh a na jihu dynastie Nguyen. Panovník z dynastie Nguyen spoluprací s Francouzi zapříčinil kolonizaci země (Šišková, 2001).

Roku 1862 postoupil vietnamský královský dvůr Francouzům část jižního území, jež se později stalo kolonií. V roce 1884 byl celý Vietnam rozdělen na tři celky s odlišnou správou: kolonii Kočínčinu (nejjižnější část země v okolí Saigonu), polokolonii Tonkin (oblast Hanoje a Rudé řeky) a protektorát Annam (centrální Vietnam s městem Hue). V r. 1887 byly pak tyto celky spojeny s Laosem a Kambodžou a byla vytvořena jednotná Francouzská Indočína v čele s generálním guvernérem. V r. 1940 se německá okupace Francie projevila postoupením Vietnamu Japonsku. V srpnu 1945, po svržení bomb Američany na Hirošimu a Nagasaki, došlo k okamžité kapitulaci japonských vojenských jednotek i ve Vietnamu. Byla ustavena prozatímní vláda, jejímž předsedou se stal Ho Či Min (Dějiny Vietnamu, 2021).

Roku 1945 Ho Či Min docílil založení Vietnamské demokratické republiky. Roku 1954 byl Vietnam na základě Ženevských dohod rozdělen podél 17. rovnoběžky. V průběhu let následovalo opět období bojů, tentokrát se Spojenými státy, které skončily až roku 1976, kdy byla země opět sjednocena (Šišková, 2001).

1.7.3 *Kultura a tradice*

Ve Vietnamu existuje několik náboženských směrů, přičemž se nejvíce obyvatel hlásí k buddhismu (60 %), dále k konfucianismu (13 %), taoismu (12 %) a ke křesťanství (4 %) (Ivanová et al., 2005). Dle Mockové (2007) jsou Vietnamci silně spirituálně založení. V žádné domácnosti nechybí oltář s vonnými tyčinkami, ovocem a fotkami předků. Autorky Holubová a Michálková (2012) zmiňují, že z uctívání předků pramení úcta, pokora a respekt ke starší generaci. Rodina je pro Vietnamce posvátná a oddanost spolu s úctou dětí k rodičům je předepsána v takzvané synovské oddanosti. Dle Mockové (2007) vynikají Vietnamci zároveň i velkou náboženskou tolerantností. Není zde neobvyklé, že žijí v jedné rodině katolíci a buddhisté. Podle buddhistů je cílem bytí dosažení nirvány a věří v nekonečný cyklus zrození, života a smrti. Vietnamci preferují rovnováhu sil jing a jang, tedy světla, tepla, sucha a tmy, chladu a vlhka (Ivanová et al., 2005).

Typickým rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Nejznámější je vietnamská komunita Sapa v Praze. Což je v podstatě město ve městě se svými obchody, restauracemi, lékaři, bankami, pojišťovnami atd. (Ivanová et al., 2005). Dle Ivanové et al. (2005) je jedním z důvodů uzavřenosti vietnamské minority jazyková bariéra. Friedingerová (2014) hovoří o odlišnosti mladých Vietnamců od starších. Děti imigrantů obvykle přijímají českou kulturu a vietnamské tradice částečně opouštějí.

Struktura rodiny je ve Vietnamu patriarchální s přiřazováním nejvyšší hodnoty prvorozenému synovi (Archalousová, 2007). Při výchově je důraz kladen na samostatnost a úspěšnost. Na děti jsou mnohdy vyvíjeny vysoké nároky (Ivanová et al., 2005). Dle autorek Bittnerové a Moravcové (2006) nemají rodiče pro svou pracovní vytíženost na děti dostatek času. To bývá dětem vynahrazováno podporou ve vzdělání.

Je zajímavé, že někteří vietnamští muži se nechávají na jednom nebo na obou malíčcích narůst dlouhý nehet. Ačkoli to na běžného Evropana může působit podivně, Vietnamec tím vyjadřuje svůj sociální statut. Dlouhý nehet byl známkou toho, že muž nemusí fyzicky pracovat, nebo že se zabývá duchovní činností (Mlýnková, 2009).

1.7.4 *Pojetí zdraví a nemoci*

Zdraví je chápáno jako rovnováha a harmonie sil jing a jang. Nerovnováhou daných sil vzniká nemoc. Ve Vietnamu je přisuzován velký význam lidovému léčitelství včetně metod jako je baňkování, vyštipování nebo vypalování (Ivanová et al., 2005). Vietnamci si na zdraví zakládají a starají se o sebe (Tóthová, 2010). Dle

Tóthové (2010) neodmítají lékařská vyšetření či léčebné výkony. Jsou dochvilní a pravidelné prevenci přikládají velký význam, hlavně pokud jde o děti nebo o těhotné ženy. Mlýnková (2009) tvrdí, že Vietnamci často nadřazují domácí léčení nad svěřením se do lékařské péče. Zprvu se pokoušejí poradit si sami domácím léčením, při neúspěchu vyhledávají lékaře. Za péči o nemocného člena rodiny zodpovídají ženy. Poskytují mu celkovou péči bez ohledu na jeho pohlaví. Zajímavý je fakt, že v případě, že je nutné podat pacientovi krev, nabídne se celá rodina jako dárci. Před lékařskými autoritami mají Vietnamci respekt a nebrání se preventivním prohlídkám (Ivanová et al., 2005).

Jak uvádí Sedláková (2006), tak Vietnamci v souvislosti s vnímáním bolesti nedávají své pocity znát a dokáží snášet silnou bolest. Projevy vlastní nelibosti považují za stěžování si a obtěžování, což je v rozporu s jejich výchovou. Jsou vedeni k tichosti, poslušnosti a nezávislosti (Tóthová, 2010).

1.7.5 Stravovací specifika vietnamské minority

Vietnamci přisuzují jídlu velký význam. Pohostinnost patří k základům slušného chování. Hostům je podáváno více jídla, než jsou schopni sníst. Přitom se doporučuje vždy nechat alespoň něco málo na talíři jako známku toho, že se hosté najedli dosyta. Říhání a mlaskání není známkou neslušnosti, ale vyjádřením spokojenosti. Vietnamská kuchyně nabízí přes 500 tradičních jídel. Podávání jídla je jedním z rituálů k uctívání předků (Kutnohorská, 2013).

Nejdůležitější potravinou je rýže, která se připravuje nejrůznějšími způsoby (Ivanová et al., 2005). Obyvatelé Vietnamu konzumují téměř jakékoli živočišné produkty. Součástí jejich kuchyně je maso vepřové, drůbeží, ryby, mořské plody, zvěřina plazi a leguáni, ptáci, dikobrazi i želvy. Tradičně je podávána krev i žluč v alkoholu na přípitek (Havlík, 2015).

Vietnamská kuchyně používá velké množství koření. Největší část představují čerstvé aromatické byliny, které jsou buď součástí pokrmu, nebo jsou podávány jako příloha na talíři. Významnou složkou Vietnamské kuchyně je sójová a zejména rybí omáčka (Havlík, 2015).

Vietnamci tradičně jedí velké množství ovoce a zeleniny. Ovoce se konzumuje jako dezert po jídle. Oblíbené jsou malé banány, vodní melouny, manga, rambutany, longany a liči. I zelenina je velice rozmanitá. V horách se pěstuje cibule, zelí, rajčata a okurky. V nížinách převažuje tropická zelenina jako momordika, vodní povíjnice a nespočet natí a listů. Často konzumované jsou batáty, maniok, taro a brambory.

Oblíbenou zeleninou jsou tlusté bambusové výhonky krájené na plátky, nebo najemno strouhané květy banánovníku (Havlík, 2015).

I v přípravě pokrmů je dodržována rovnováha jing a jang, tedy kombinace teplých pokrmů, jako rýže, vajec a masa se studenými pokrmy, jako je zelenina a klíčky. Vietnamci jedí třikrát denně. Hlavními jídly jsou oběd a večeře. Nekonzumují ledové pokrmy. Preferují k pití čaj nebo vodu pokojové teploty. Mléčné výrobky jedí minimálně, jelikož podle nich mohou způsobovat střevní potíže. Upřednostňují jídlo měkké a teplé, v nemoci rýžovou kaši a dostatek zeleniny a ovoce (Ivanová et al., 2005).

Zelený čaj se ve Vietnamu konzumuje běžně jako denní nápoj. Často je podáván s ledem. Velice oblíbená je mezi Vietnamci káva. Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem je pivo. Zvláštností je, že v restauracích je podáváno s ledem (Havlík, 2015).

1.7.6 Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče

Vietnamci si málo kdy na něco stěžují. Často své problémy banalizují a mnohdy ani nepřiznají. Analgetika mnohdy odmítají ze strachu ze závislosti na lécích. Pokud má vietnamský pacient problémy se stolicí, sdělí je až ve chvíli, kdy je tázán, nebo vůbec. Z důvodu studu Vietnamci nezvrací před ostatními a zvracení sestře mnohdy přiznají až ve chvíli, kdy vše uklidí (Ivanová et al., 2005).

Vietnamci považují za nevhodné, aby se muž dotýkal cizí ženy a aby se cizí muž dotýkal vietnamské ženy. U Vietnamců je neslušné, pokud se milenecký pár líbá na veřejnosti. Vzájemnými projevy náklonnosti se nechtějí chlubit přede všemi (Kutnohorská, 2013).

Pro Vietnamce je velice důležitá osobní hygiena. Preferují provádět osobní hygienu sami, případně za pomoci člena rodiny stejného pohlaví. Vietnamci si zakládají na soukromí a dbají na chránění své intimity (Ivanová et al., 2005).

Při poskytování péče vietnamské minoritě je důležité všechny procedury srozumitelně vysvětlit a ujistit se, že jim pacient rozuměl. V případě jazykové bariéry bychom měli zajistit přítomnost tlumočnicka nebo zvoleného člena rodiny, který pacientovi potřebné informace přeloží. Neměli bychom zapomínat na specifika neverbální komunikace, jako je dodržování intimní zóny a minimalizace doteků, včetně vyvarování se upřeného očního kontaktu. Nepříjemné zprávy bychom pacientovi neměly sdělovat bez konzultace s jeho rodinou (Ivanová et al., 2005). Mlýnková (2009) dále uvádí jako projev nezdvořilosti překřížení nohou přes sebe nebo zkřížené ruce na

hrudníku. Vyvarovat by se dle autorky měli zdravotníci veřejné kritice. Kritika na veřejnosti je pro ně neslušná a raději řeší spory v ústraní.

Zvláštní postavení má ve vietnamské kultuře pohlazení po vlasech. Takovéto pohlazení je pouze výsadou rodičů. Hlava je Vietnamci chápána jako sídlo života, je tedy nedotknutelná. Neměli bychom tedy sahat na vlasy ani malým dětem (Kutnohorská, 2013).

1.8 Islám

Dle Kutnohorské (2013) se počet muslimů v zemích Evropské unie stále zvyšuje. Po křesťanství je islám uznáván jako druhé největší celosvětové náboženství. Jako náboženství byl islám v naší republice oficiálně zaregistrován roku 2004 (Kutnohorská, 2013). V dnešní době Česko navštěvují muslimové, kteří sem přijíždějí za turistikou či lázeňstvím, a jejich pobyt je časově omezený (Topinka, 2007). V současné době se v Česku vyskytují muslimské obce, a to v Praze, Brně, Teplicích, Liberci, Karlových Varech a dalších (Jiříčka, 2014). Podle posledního sčítání lidu v roce 2011 se k Ústředí muslimských obcí přihlásilo jen 1 442 lidí, dalších 1 943 osob pak obecně k islámu (Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích, 2021). Dle odhadů se ale k islámu v Česku hlásí přibližně 20 tisíc lidí (Jiříčka, 2014).

1.8.1 Historie islámu a filosofické základy

Smyslem islámského náboženství je víra v Alláha. Vyznavači islámu věří, že právě Alláh je stvořitelem světa a hlavním tvůrcem života (Abd al-'Átí, 2010). Islám má své počátky v 7. století n. l. Za jeho zakladatele je považován prorok Mohamed, který měl za úkol šířit Alláhovo slovo a být pro všechny vzorem zbožnosti a mravní dokonalosti (Sardar, 2009.). Dle Kutnohorské (2013) všemocný Bůh, Alláh, předal proroku Mohamedovi svatou knihu Korán.

Islám můžeme rozdělit na dvě základní skupiny věřících, a to na většinové sunnity a menšinové šíity. Mezi těmito islámskými skupinami dochází k neustálému sporu o vedení víry po smrti proroka Mohameda. Při svátku Muharrámu si muslimové každoročně připomínají zavraždění Mohamedova vnuka, kterého měli dle šíitů zavraždit právě sunnité (Kemp, 2013).

Vedle Koránu tvoří druhý soubor autoritativních stanovisek Sunna. Jedná se o souhrn Mohamedových výroků, činů a postojů. Sunna poskytuje návod k tomu, v co má muslim věřit a jak se chovat (Kutnohorská, 2013).

Abd al-‘Átí (2010) tvrdí, že islámská kultura se opírá o čtyři základní pilíře víry. Prvním z pilířů jsou modlitby (saláh). Každý muslim má povinnost pronášet modlitbu nejméně pětkrát denně. Modlitbě musí předcházet očista těla (Abd al-‘Átí, 2010). Druhým pilířem je půst během svatého měsíce ramadánu. Jedná se o období, které nastává každý devátý měsíc lunárního kalendáře a trvá 29 nebo 30 dní (Firouzbakht et al., 2013). V tomto svatém měsíci se proroku Muhammadovi začala zjevovat svatá kniha Korán (Stojanovičová, 2013). Každý nový ramadán začíná cca o 10 dní dříve, než tomu bylo v předchozím roce (Lawrence, Rozmus, 2001). Během ramadánu je zakázáno pít, jíst, kouřit, a to od svítání do soumraku. Tento půst je povinný pro kteréhokoli praktikujícího zdravého muslima (Firouzbakht et al., 2013) Třetím pilířem je almužna (zakát). Jedná se o pravidelný příspěvek, který muslimové odevzdávají vždy na konci roku. Vybrané peníze by měly sloužit na pomoc chudým. Čtvrtým pilířem je pouť (hadždž) do Mekky. Tuto pouť by měl vykonat každý muslim alespoň jednou za svůj život. Výjimka se vztahuje pouze k muslimům, kteří nejsou dostatečně fyzicky, duševně a finančně schopni tuto pouť zvládnout (Abd al-‘Átí, 2010). Autor Spencer (2006) hovoří o pěti pilířích islámu. Již zmíněné čtyři pilíře jsou doplňovány o pátý sloup, a to o samotné vyznání víry (šaháda). Jedná se o uznání Alláha jako jediného boha a Muhammada jako proroka, který je považován za zprostředkovatele mezi bohem a lidmi.

1.8.2 Kultura a tradice

Kutnohorská (2013) uvádí, že v islámské kultuře je kladen velký důraz na omývání, kdy čistota je dle slov Mohameda polovinou víry. Voda je symbolem božství. Autorka rozlišuje velké mytí, kdy musí být očištěno celé tělo a které následuje po pohlavním styku, menstruaci a porodu, a malé mytí, které je určeno pro každodenní modlitby. Dle Kutnohorské (2013) rituální mytí začíná od rukou, následuje omývání úst, obličeje, uší, poté celé hlavy a následně chodidel. V případě, kdy zdravotní stav pacienta nedovolí učinit rituální očistu, lze provést tzv. tajammum, očištění pomocí písku, kamene nebo země (Abd al-‘Átí, 2010).

Důležitým faktorem v oblasti hygieny u muslimů je pravidelné čištění zubů a odstraňování ochlupení v oblasti podpaží a genitálu. Po vyprazdňování muslimové kromě použití toaletního papíru vyžadují omytí genitálu vodou (Ivanová et al., 2005).

V muslimské společnosti je výrazný rozdíl mezi postavením muže a ženy. Muž zaujímá dominantní postavení. Je hlavou rodiny, jehož hlavní rolí je chránit a živit svou

rodinu. Oproti muži je postavení ženy založeno na plném podřízení se svému muži. Její role spočívá v bytí dobrou manželkou a starání se o manžela a děti (Kopecký, Bahbouh, 2014).

Dle Kutnohorské (2013) musí být žena oděna tak, aby ji oblečení co nejvíce zahalovalo. Nesmí být vidět její vlasy, holé ruce a nohy. Dále mají ženy zakázáno nosit kalhoty a paruku. Na ženu je kladen požadavek, aby do manželství vstupovala jako panna a aby sňatek uzavírala pouze s mužem téže víry (Kutnohorská, 2013). Stejně jako u žen, tak i u mužů existuje několik zákazů. Je nežádoucí jiná než heterosexuální orientace a nošení jiného oblečení než toho, které danému pohlaví přísluší. Muž by se neměl věnovat činnostem, jako je hra na hudební nástroj, tvůrčí činnost, hazardní hry, pojišťovnictví a bankovníctví (Kutnohorská, 2013). Šajch Fadhlalla Haeri (1997) tvrdí, že obecná povaha muže je tvořivá, expanzivní a destruktivní, zatímco žena je intuitivní a pečující. Jejich spojením vzniká harmonie a rovnováha existence. Dle autora je manželství žádoucí, jelikož umožňuje jednotlivci povznést se k vyššímu vnitřnímu stavu celosti a završení. Autor tvrdí, že podstata muslimské rodiny spočívá v úctě ke starším, péči o děti, sebeovládání a společné spolupráci.

Mezi zákazy, které se vztahují na všechny muslimy bez rozdílu pohlaví, patří zesměšňování islámu, rouhání se, zřeknutí se islámu a nošení kříže. Další zákazy se týkají, lhaní, šizení, kradení a cizoložství. Muslimům je v neposlední řadě zakazováno konzumovat vepřové maso a pít alkohol (Kutnohorská, 2013).

Islám povoluje určitý typ mnohoženství, ale ne vždy ho podporuje. Muž si nesmí vzít více než čtyři ženy. Takto smí učinit pouze v případě, že je schopen zachovávat spravedlnost ke všem svým ženám (Šajch, 1997). Dle autora je možný rozvod za určitých podmínek, ačkoli je dle slov Mohameda velice „odporným“ činem.

Autorka Kutnohorská (2013) uvádí, že v některých muslimských zemích je velký význam přiřazován pověrám, které se týkají rozdělení dnů na šťastné a nešťastné. Za všeobecně nešťastné dny je považováno úterý a sobota, které jsou nazývány krvavými dny. Mimořádně šťastný je naopak pátek. Dle autorky je povědomí o tomto rozdělení podstatné při plánování některých výkonů a ošetrovatelských činností.

1.8.3 Pojetí zdraví a nemoci

Pro muslimy je lidský život významný a drahocenný. V Koránu se objevuje přirovnání, že záchrana života jednoho člověka má stejnou cenu jako záchrana celého lidstva. Muslim musí svůj život chránit, protože jde o dar Boží (Mobasher et al., 2014).

I autorka Ivanovová (2005) uvádí, že dle Islámu jsou zdraví a nemoc vůlí boží. Dále dle autorky islám muslimům také přikazuje, aby se starali o nemocné. Život je pro muslimy posvátný a pouze se svolením Boha přijde smrt ve stanovený čas. Zdravotnický personál se snaží život nemocného zachránit, protože tento akt je chápán jako jeden z nejvýznamnějších činů v islámu. Kutnohorská (2013) uvádí, že muslim by neměl umírat sám a případné bolesti by měly být tlumeny. Eutanázii islám razantně odmítá, oddalování smrti u nevléčitelně nemocných však není žádoucí. Dále nesmí muslim odmítat terapii, která by mohla vést k uzdravení. Bolest během onemocnění je chápána jako zkouška, analgetika jsou ale povolena.

Dle Ivanové et al. (2005) ukládá islám věřícím, aby věřili v jakýkoli lék. Modlitba umožňuje očistění a má na člověka uklidňující vliv. Hledání pomoci od Boha pomáhá věřícím se vyrovnat s těžkými situacemi v životě (Rahimi et al., 2013)

Muslimové jsou vedeni k tomu, aby prováděli veškerá opatření proti nemocím. Prvním z nich je čistota. Jak je uvedeno výše, věřící se několikrát denně omývají a kladou velký důraz na hygienu. Svým pravidelným čištěním zubů předcházejí mnoha nejen stomatologickým problémům. Dle Ivanové et al. (2005) se na zdraví muslimů pozitivně podepisuje i Koránem přikazovaná střídmost. Dodržováním předepsaných pravidel vedou své životy tou nejlepší cestou. Až nadejde čas odchodu na druhou stranu, odejdou duše zemřelých opět k Alláhovi (Abd al-’Átí, 2010).

1.8.4 Stravování v Islámu

Dle Kutnohorské (2013) je v islámské kultuře přiřazován stravování velký význam. Hossain (2014) uvádí, že dle Koránu je důležité, aby se muslimové pečlivě starali o své tělo a duši a jejich vzájemný vztah. Je tedy podstatné, aby byly uspokojeny materiální a duchovní potřeby.

Důraz je kladen dle Kutnohorské (2013) i na pohostinnost, kdy je kterýkoli host přijat a pohoštěn v kteroukoli denní i noční hodinu. Odmítnutí nabízeného jídla muslimové vnímají jako urážku hostitele (Kadlecová, 2014). Stolování je společenskou událostí, kdy společně hoduje celá rodina. V době hospitalizace některého člena rodiny se rodina snaží zabránit tomu, aby její člen jedl sám, navštěvují ho a snaží se mu nosit uvařené domácí jídlo (Kutnohorská, 2013)

V islámu existuje mnoho zákazů a příkazů týkajících se jídla. Potraviny jsou rozdělovány na čisté, tedy dobré, a škodlivé, tedy špatné a nečisté. Kromě této nespécifické zásady existují nápoje a jídla, které jsou striktně zakázány (Ralbovská et

al., 2011). Konzumace povolených zdravých potravin a vedení zdravého životního stylu jsou přímo náboženskou povinností (Rassool, 2000). Zakázané potraviny se označují za "harámové" a povolené potraviny za "halálové" (Hossain, 2014). Jako Bohem přímo zakázané potraviny patří maso uhynulých zvířat, maso vepřů a maso zvířat obětovaných jinému bohu (Goody 2004). Vepřové maso bylo historicky spojeno s parazity a jejich tuk je považován za škodlivý (Wehbe-Alamah, 2008). Zajímavé je, že z ryb mohou být konzumovány jen ty druhy, které mají ploutve a šupiny (Stojanovičová, 2013). Zvířata, která muslimové zahrnují do svého jídelníčku, musí být zabita dle islámských pravidel, kdy se nechají vykrváčet (Hossain, 2014).

Zcela zakázáno je konzumování alkoholu a pokrmů na alkoholu připravovaných. Alkohol dle Koránu obsahuje něco dobrého a něco zlého, přičemž zlé nad dobrým převažuje. Omamné látky odvrací člověka od Alláha a vedou k opomíjení povinnosti modlit se (Hossain, 2014) Užívání alkoholu je vnímáno jako slabost, která by měla být potrestána. Tradičně muslimské země obsazují nejnižší příčky v užívání alkoholu (Holcnerová, 2010).

Korán zmiňuje nejen přípustné a nepřípustné potraviny, ale také se věnuje důležitosti vyváženosti stravy. Nejvyváženější strava se dle Koránu skládá z masa, ryb, čerstvého mléka, obilí, ovoce a zeleniny (Hossain, 2014). Muslimové musí brát potraviny pravou rukou. Levá ruka je používána pouze pro nečisté účely (Cichá, Nováková, 2007). Autorky Cichá a Nováková (2007) dále uvádějí, že voda je považována za dar od Boha, tudíž se s ní nesmí plýtvat. Vždy by se měla dopíjet a nikdy nevylévat.

Dle Tóthové et al. (2009) je další odlišností ve stravování muslimů konzumace drůbežích uzenin, jako jsou, párky, šunka, paštiky, anebo konzumace mletého masa. Tyto potraviny muslimové nekonzumují, jelikož mohou obsahovat zbytky vepřových kůží či sádla. Muslimové zcela odmítají vepřové maso a sádlo. Jak tvrdí Goody (2004), ortodoxní muslim nepoužije nádobí, které přišlo do styku s vepřovým masem. V jídelníčku muslimů převládá maso kuřecí, hovězí a ryby. Z příloh je upřednostňována rýže. Ve zdravotnickém zařízení často rodinní příslušníci pacienta žádají personál, aby mohli nemocnému donášet domácí stravu. Chtějí tak zajistit, že jejich příbuzný dostane jen povolenou stravu (Šimonová, 2012).

Důležitou součástí stravování je příprava pokrmů a stolování. Tabule se skládá z bohatých předkrmů a hlavního jídla. Ke všem jídlům se podává chléb (placka z hladké mouky), který slouží jako "příbor" k nabírání pokrmů (Hossain, 2014). Autorky Cichá a

Nováková (2007) zde uvádějí, že chléb se nesmí krájet, ale láme se. Rituálem islámského vyznání je modlitba vždy před každým jídlem a poděkování bohu (Hossain, 2014).

Důležitou součástí života muslima je půst v měsíci ramadánu. V období ramadánu se musejí muslimové postit, to znamená, že je přísně zakázáno jíst a pít jakékoli potraviny a tekutiny od úsvitu slunce do jeho západu po dobu jednoho měsíce, tzn. 29 - 30 po sobě jdoucích dnů (Firouzbakht et al., 2013). Půst v období ramadánu je také nástrojem u bohatších rodin k uvědomění si, jaké je to pocítit hlad a vžít se do pocitu hladu chudých lidí (Stojanovičová, 2013). Půst se týká také užívání léků a kouření. Dodržování půstu posiluje schopnost vnitřní sebekontroly. Rodina se probouzí brzy ráno před svítáním k jídlu a poté večerí vždy večer po soumraku (Lawrence, Rozmus, 2001). Půst je završen cukrovou oslavou, kdy se rodiny navštěvují a ty bohatší rodiny zvou chudší obyvatelstvo (Kadlecová, 2014). Konzumují se oblíbené potraviny, jakými jsou datle, olivy, fíky, kdoule, mléko, podmásli a med (Stojanovičová, 2013). Autorka Kutnohorská (2013) uvádí, že existuje několik výjimek ospravedlnění nedodržení půstu či předepsaných diet. Prvním z nich je fakt, když jídlo pomáhá nemocnému k uzdravení. Dalším důvodem je pozvání ke stolu od hostitele, kdy host nesmí odmítnout, ačkoli je podávaný pokrm v rozporu s jeho dietními opatřeními. Dle Quaradawího (2004) jsou postních povinností zbaveni nemocní, staří a slabí lidé, těhotné ženy a cestující. V době nemoci je parenterální výživa povolena.

1.8.5 Specifika přístupu při poskytování ošetrovatelské péče

Pokud chceme pochopit potřeby pacienta, je nezbytné se s ním domluvit. Velká většina muslimů hovoří anglicky, jsou však výjimky, kdy klienti hovoří pouze arabsky. V takovém případě je třeba poprosit o pomoc pacientovu rodinu. V případě, že pacientova rodina není k dispozici, je vhodné kontaktovat Ustředí muslimských obcí, které je schopno sehnat tlumočnicka (Kopecký, 2010).

Dle Kutnohorské (2013) je nezbytné při komunikaci s muslimem dodržet mnohá komunikační tabu. Mnohdy je to obtížné, například při získávání lékařské nebo ošetrovatelské anamnézy. Autorka doporučuje, aby rozhovor se ženou vedla žena. V takovém případě bude pacientka klidnější a otevřenější. Dle Kutnohorské (2013) se muslimové stydí bavit o tělesných funkcích, jako je močení, vyměšování, zvracení apod. Dle autorky těhotná žena mnohdy zatají krvácení během těhotenství z obavy, že by to přivolalo něco špatného. Svobodnými staršími lidmi je otázka ohledně rodinného

stavu vnímána nepříjemně, jelikož nebýt v manželském svazku je v pokročilém věku považováno za poskvrnu. Autorka dále zmiňuje problematiku otázky ohledně počtu dětí. V případě svobodné ženy je otázka vnímána nepříjemně z důvodu zákazu nemanželského pohlavního styku. Vdaná bezdětná žena by zase mohla nabýt pocitu, že je jí bezdětnost vyčítána.

Dle Kopeckého (2010) je žádoucí, aby ženu ošetřovala žena. Pokud to není možné, lze požádat manžela o výjimku. Manžel ale vždy bude vyšetření přítomen. Jistá specifika má i neverbální komunikace s muslimským pacientem. Dle Kutnohorské (2013) je tabu udržování vizuálního kontaktu s osobou opačného pohlaví, což je považováno za vyzývavost. Ondráš (2007) však doplňuje, že oční kontakt navozuje jistotu a klid, muslimové se mohou cítit dotčeně při jeho úmyslném nenavázání či záměrnému stranění. Kutnohorská (2013) uvádí, že k prvnímu nedorozumění může dojít již při podání ruky. Žena si mnohdy přetáhne přes ruku alespoň kus látky, aby nedošlo k přímému tělesnému kontaktu, nebo dokonce podání ruky zcela odmítne se založenými rukami za zády, nebo položí ruku na srdce jako symbol pozdravu. Pozor si podle autorky musíme při ošetřování muslimského pacienta dávat i na frekvenci a formu doteků.

Pro muslimské pacienty je velice důležitá přítomnost rodiny. V případě hospitalizace napomáhají děti personálu s péčí o rodiče a jsou prostředníky při hovorech se zdravotnickým personálem. Dcera v nemocnici je nápomocna matce a syn zase otci (Al Mutair et al., 2014). Návštěva nemocného člena rodiny je povinností každého muslima, která vychází z víry a kultury (Lovering, 2012). Pro navrácení zdraví jsou brány jako důležité projevy lásky a zájmu. Naopak nepříjemné informace mohou vést ke zhoršení stavu pacienta. Proto je důležité nejprve informovat rodinu. Ta se pak rozhoduje, jaké informace budou sděleny pacientovi (Al Mutair et al., 2014).

1.9 Pravoslavná církev

K pravoslavné církvi se dle posledního sčítání lidu v České republice přihlásilo přes 25 tisíc osob (Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích, 2011).

Pravoslavná církev se skládá z několika lokálních církví, které dohromady tvoří církev pravoslavnou. Pravoslavné náboženství má svůj původ v křesťanské komunitě v Jeruzalémě a ve východní části římské říše, proto bývá někdy označováno též jako východní církev. Pravoslavní věřící jsou převážně občané Řecka, Ruska a Ukrajiny (Michálková, 2013).

Pravoslavím je označován náboženský život patnácti samostatných církví, které vzešly z východní části církve po jejím rozdělení roku 1054. Do té doby jednotná církev se ve své východní a západní části dlouhá staletí odlišovala v mnoha oblastech, daných různým kulturním prostředím i historickým vývojem. Západní část se vždy více přikláněla k dogmatickému obsahu víry a k racionálním úvahám, zatímco východní část se přikláněla spíše k jejímu vnitřnímu prožívání a ponechávala větší prostor tajemství (Vojtíšek, 2004). Hlavní příčinou rozkolu církve byl spor o kompetence římského biskupa a nelibost východní části církve s odchýlením západní části od nejstarší křesťanské tradice (Harries, Mayr-Harting, 2010) Pravoslavná církev má stejnou víru jako římskokatolická, avšak v některých bodech se liší. Odmítá autoritu papeže a uznává jen učení definované na prvních sedmi koncilech. Pravoslavná církev odmítá dogma neposkvrněného početí Panny Marie (Boëlle-Rousset, 2006). Dle Vojtíška (2004) dodnes charakterizuje pravoslaví právě důraz na uchování tradice církevních otců a prvních křesťanských koncilů. Být křesťanem dle autora znamená především účastnit se bohoslužebného dění. Zbožnost má v pravoslavném křesťanství niterný ráz. Autor uvádí, že v pravoslavné symbolice mají přední místo ikony, jejichž prostřednictvím je prokazována úcta osobám a dějům, které zobrazují. Dle Boëlle-Rousset (2006) znázorňují ikony pouze Krista, který se stal člověkem, nikoli Boha, který je neviditelný.

Vrcholnou administrativní jednotkou pravoslavné církve je patriarchát, který se dnes prakticky územně kryje s autokefální samostatnou církví (Štěpánová, Vychodilová, 2003)

1.9.1 Posvátné tajiny a svátky v pravoslavné církvi

Pravoslavní věřící uznávají symbolický počet sedmi svatých tajin neboli svátostí. Do sedmi svátostí patří křest, myropomazání, eucharistie, zpověď, manželství, kněžství a pomazání nemocných. První z nich je křest. Svátostí křtu se nemocný osvobozuje od hříchu a rodí se tak pro duchovní, blahodárný život. Křest je povinný pro všechny pravoslavné křesťany (Kutnohorská, 2013). Křest v nouzi může udělit pravoslavný křesťan, není-li k dosažení kněz. Pravoslavná církev křtí obvykle děti od 40. dne života (Metropolita Kryštof, 2009).

Druhou svátostí je myropomazání. Přijetím svátosti myropomazání se nemocný stává vlastníkem duchovní krásy (Kutnohorská, 2013). Svátost myropomazání se uskutečňuje současně se křtem nebo hned po křtu, kdy se mažou jednotlivé části těla

svatým olejem (myrem). Zákonným vykonavatelem svátosti je biskup i kněz, kdy pouze biskup smí světit myro, kněz může pouze svátost vykonávat (Boëlle-Rousset, 2006).

Další posvátnou tajinou je eucharistie neboli svaté přijímání. Chléb a víno musejí být nejprve posvěceny knězem sloužícím mši. Pravoslavní stejně jako katolíci věří, že chléb a víno posvěcené při božské liturgii jsou proměněny v tělo a krev Ježíše Krista. Účast na eucharistii smějí mít pouze pokřtění a myrem pomazání pravoslavní křesťané, kteří se připravili postem, modlitbou a zpovědí (Boëlle-Rousset, 2006).

Další tajiny jsou svátost zpovědi (pokání), svátost manželství, svátost kněžství (rukopoložení, chirotonie) a svátost pomazání nemocných (Kutnohorská, 2013). Pomazání nemocných se v pravoslavné církvi uděluje těm, kteří potřebují jakékoli uzdravení. Všem věřícím se uděluje o velkých svátcích, hlavně na Čistou středu (v prvním týdnu Velikého půstu) nebo Velkou středu (v pašiovém týdnu před Paschou) (Kormaník, 1996).

Pravoslavný kalendář, a tedy i církevní svátky, jsou posunuty o 13 dní dozadu oproti svátkům katolickým. Církevní svátky se dělí na nepohyblivé, které každý rok připadají na stejný den, a na svátky pohyblivé, jejichž datum se mění. Důležitým dnem pravoslavných křesťanů je zejména den Vzkříšení Páně, což je neděle. Nejvýznamnějším svátkem v pravoslaví je Vzkříšení Kristovo - Svatá Pascha. Druhý významný svátek jsou Letnice neboli Padesátice (Stěpánová, Vychodilová, 2003). Dle Štěpánové a Vychodilové (2003) je dále vyčleněno dvanáct velkých svátků, z nichž se osm týká svátostí ze života Ježíše Krista a čtyři událostí spjatých se životem Panny Marie neboli svaté Bohorodice.

Vánoce slaví pravoslavní křesťané 25. prosince. Dne 6. ledna si připomínají křest Ježíšův v Jordáně obřadem velikého svěcení vody (Kirste, 2002).

1.9.2 Pojetí zdraví a nemoci

Dle Micháلكové (2013) vnímají pravoslavní věřící zdraví jako dar od Boha. Jejich zdraví je podle nich v rukou Božích a za udržení zdraví se tedy modlí. O své zdraví dle autorky věřící pečují a v jeho zájmu neodmítají žádné vyšetřovací nebo terapeutické výkony. Přijmou transfuzi i transplantaci.

Pravoslavná církev věří ve vzkříšení mrtvých a ve věčný život. Nemoc a utrpení je věřícími chápáno jako prostředky spásy a příležitosti, jak posílit víru. Pravoslavná církev odmítá eutanázii, jelikož eutanázie ignoruje přikázání „nezabiješ“ a smrt je plně

kompetencí Boží. Církev se staví odmítavě i k otázce interrupce (Archiepiskop Kryštof, 2002).

Dle Hauzara (2005) jsou psychické či fyzické odchylky negativním následkem hříchu. Autor hovoří i o otázce klonování. Klonování organismů stejně jako jejich genetická úprava je neslučitelné s církví, a tedy i s vírou.

1.9.3 Stravování v pravoslaví

S pravoslavím jsou neodmyslitelně spjaty půsty. Pro půst se postupem času v církvi stanovila konkrétní období. Ve dnech postu se křesťan má více než jindy věnovat modlitbě a ze své stravy má vyloučit živočišné produkty, mimo ryby. Jednodenní posty jsou před některými svátky, kdežto významným svátkům předcházejí delší posty (Baudišová, 2003).

V pravoslavné církvi jsou středa a pátek dny postění, a to po celý rok. Tyto dny jsou považovány za památné a smuteční. Středa je považována za den, kdy byl Ježíš Kristus zrazen a vydán nepřátelům a v pátek byl ukřižován. V tyto dny se požívá pouze rostlinná strava a nekonzumují se ani ryby. K těmto postním dnům patří ještě několik výjimek během roku, které připadají na sváteční dny. Během některých svátečních dnů je ryba povolena (Baudišová, 2003).

Kromě jednodenních postů dodržují pravoslavní věřící i delší posty. Od 28.11. do svátku Narození Páně drží věřící Filipovský půst ke svátku Narození Krista, tedy půst předvánoční. Jedná se o půst „s rybou“ (vhodný je kapr). V období před Velikonocemi drží věřící dokonce čtyřicetidenní půst. V tomto období patří k oblíbeným jídlům bramboračka, zelňačka, luštěninové polévky a boršč. Během Petropavlovského půstu, který trvá od pondělí po první neděli po Padesátnici až do svátku svatých apoštolů Petra a Pavla (11. 7.) věřící konzumuje brambory, saláty, okurky, papriky, rajčata, květák, zelený hrášek, fazolky, kopr, petrželku, pažitku, mátu, bazalku, oregano a další bylinky. Dále jahody, maliny, rybíz, ostružiny, třešně, višně a borůvky. Od 14.8. do 27.8. drží věřící tzv. Uspenský půst. V tuto dobu se nekonzumují ani ryby. Oblíbená jsou rajčata, okurky, papriky, cukety, patisony a jablka. Existují dva základní způsoby dodržování postu. V postním období jsou v některých oblastech povolené mořské plody a chobotnice, které jsou považovány za biologicky nižší organismy než ryby. Jídelníček může být také obohacen o bezvaječné těstoviny, luštěniny, rýži, polotovary sójového původu, obiloviny, pečivo, knedlíky, marmelády, med, houby, rostlinné máslo,

kukuřice, špenát, olivy, pirohy (plněné pečivo z kynutého těsta, které lze připravit na sladko i na slano), pita (pláty těsta plněné různými náplněmi) (Baudišová, 2003).

V oblasti druhu a úpravy potravin nemá pravoslavná církev žádná omezení. Zakázáno je jen konzumovat potraviny, které byly obětovány jinému bohu, a pokrmy s krví (Rolantová, 2012) Pravoslavná víra nezavrhuje alkohol. Při svatém přijímání je věřícím podáváno víno a chléb (Ivanová et al., 2005). Dle Rolantové (2012) církev doporučuje střídmost. Jídlo je dar Boží, se kterým se nemá plýtvat. Dle autorky se před i po jídle provede modlitba.

Během půstů klesá denní příjem bílkovin, tuků a vápníku. Období půstů je také spojeno s úbytkem tělesné hmotnosti, celkového cholesterolu. Stoupá však příjem vlákniny a uhlohydrátů. Ke změnám téměř nedochází, co se týká příjmu vitamínů a minerálů (Trepanowski, Bloomer, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Pro diplomovou práci byly stanoveny následující cíle:

1. Zmapovat problematiku výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnických zařízeních.
2. Zjistit specifika v oblasti výživy u pacientů z jednotlivých národnostních a náboženských minorit.
3. Zmapovat míru spolupráce mezi sestrami a nutričními terapeuty v problematice výživy pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaká jsou specifika v oblasti výživy u vybraných národnostních a náboženských minorit?
2. Jak je ve zdravotnických zařízeních řešena problematika výživy pacientů z různých národnostních a náboženských minorit?
3. Jaké povědomí mají sestry o stravovacích zvyklostech vybraných národnostních a náboženských minorit?
4. Jaká je míra spolupráce mezi sestrami a nutričními terapeuty v problematice výživy pacientů?

2.3 Operacionalizace pojmů

Národ

Dle Emersona (1960) je národ společenstvím lidí, kteří cítí, že patří k sobě. Vzájemně se hluboce podílejí na prvcích společného dědictví a do budoucna mají stejný osud. Dle Geista (1992) lze tedy národ chápat jako specifický, historicky podmíněný sociální útvar nebo společenstvo lidí, kteří jsou spojeni společným vědomím sounáležitosti, které je dáno společnou minulostí a touhou po udržení tohoto společenství do budoucna.

Minorita

Minorita neboli menšina je definována jako početně malá část společenského celku. Jde o menší část společenského útvaru, která se liší od majority odlišným původem, národností, náboženstvím, řečí atp. (Geist. 1992). Jak tvrdí Wirth (1945), minorita je skupinou osob, které jsou pro své fyzické a kulturní charakteristiky odloučeni od ostatních. Zajímavý je pohled Driedgera (1990), který považuje minoritu za skupinu osob, která má buď menší počet členů, nebo méně vlivu než skupina jiná.

Náboženství

Dle Jandourka (2001) se jedná o souhrn přesvědčení, postojů, symbolů a praktik založených na ideji posvátného a sjednocujícího příslušníky náboženské komunity. Říčan (2007) uvádí jednodušší definici, kdy se náboženstvím obecně rozumí to, čím se zabývá religionistika, což je věda o náboženství. Dle Petrouska (1996) je náboženství vztah člověka k tomu co ho přesahuje. Člověk věří, že vedle reálného světa, ve kterém žije, existuje ještě svět jiný, nadpřirozený.

3 Metodika výzkumu

3.1 Použité metody výzkumu

Empirická část diplomové práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu. V rámci kvalitativní metody bylo využito techniky polostrukturovaných rozhovorů. Bylo využito tří různých rozhovorů v závislosti na výzkumném souboru. První rozhovor byl použit pro první výzkumný soubor, který byl tvořen zástupci z vybraných národnostních a náboženských minorit – Romy, Vietnamci, vyznavači islámu a vyznavači pravoslaví. Rozhovor obsahoval 31 základních otázek, které byly rozděleny do čtyř částí (viz Příloha 1). V první části rozhovoru byly od probandů získávány základní údaje týkající se jejich sociálního začlenění a délky pobytu v České republice. Druhá část rozhovoru byla orientována na náboženství a způsoby praktikování víry. Ve třetí části rozhovoru byly od probandů získávány informace týkající se jejich stravovacích návyků a zvyklostí v závislosti na kultuře a náboženství. Poslední část rozhovoru byla zaměřena na zkušenosti probandů s hospitalizací a na způsob praktikování víry či kultury ve zdravotnickém zařízení.

Druhý rozhovor byl použit pro druhý výzkumný soubor, který byl tvořen všeobecnými sestrami. Rozhovor obsahoval 11 otázek (viz Příloha 2). Otázky byly zaměřeny na získání informací o povědomí sester o transkulturním ošetřovatelství a stravovacích specifikách vybraných minorit. Rozhovor byl dále zaměřen na zjištění zkušeností sester s pacienty z vybraných minoritních skupin a na zhodnocení spolupráce s nutričními terapeuty.

Třetí rozhovor byl použit pro třetí výzkumný soubor, který tvořili nutriční terapeuti. Rozhovor obsahoval 5 otázek (viz Příloha 3). Cílem bylo získat od nutričních terapeutů informace ohledně jejich profesních zkušeností se zástupci vybraných minorit. Jedna otázka byla zaměřena na vyjádření se nutričních terapeutů ke kvalitě spolupráce s všeobecnými sestrami a lékaři.

Rozhovory s probandy probíhaly v neformálním klidném prostředí mimo zdravotnická zařízení. Před každým rozhovorem byl probandům představen tazatel, záměr a cíl výzkumného šetření. Dle specifik každého probanda a průběhu rozhovoru byl rozhovor rozšiřován o doplňující otázky.

Data získaná od jednotlivých probandů byla nejprve fixována formou audiozáznamu a dále upravena tak, aby mohla být dále analyzována. Se získaným

audiozáznamem byla dále provedena transkripce, kdy byl text převeden do spisovného jazyka. Další fází zpracování dat bylo kódování. Následně byly sestaveny hlavní kategorie a podkategorie. Jednotlivé kategorie a podkategorie se lišily v závislosti na výzkumném souboru. Ve zpracování byly použity přímé řeči probandů, které jsou označeny kurzívou.

Kvalitativní šetření probíhalo na území hlavního města Prahy v období od ledna do prosince roku 2020.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena metoda záměrného výběru. První výzkumný soubor byl tvořen dvaceti příslušníky z vybraných národnostních a náboženských minorit (islám, pravoslavná církev, zástupci z vietnamské a romské minority). Z každé minority bylo vybráno 5 probandů. Každý proband musel splňovat podmínku věku nad 18 let a příslušnost k vybrané minoritě. Dalším kritériem pro zařazení do výzkumného šetření byla předchozí osobní zkušenost s hospitalizací v české nemocnici. Zástupci romské minority byli osloveni v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. Požadovaného počtu probandů z řad Romů bylo dále dosaženo metodou snowball sampling. Jeden zástupce z řad vietnamské minority byl osloven během hospitalizace na chirurgickém oddělení. Z důvodu komunikační bariéry, kdy probandka hovořila vietnamsky se slabou znalostí češtiny, byl jako překladatel využit syn probandky. Dalším zástupcem vietnamské minority byla studentka ošetrovatelství, která na chirurgickém oddělení absolvovala povinnou praxi. Další probandi byli získáni metodou snowball sampling, kdy bylo ve dvou případech využito tlumočení již zmíněné studentky. Pro získání zástupců muslimské minority byla oslovena islámská centra v Praze. Bohužel se mi z daných zařízení nedostalo odpovědi. Dva probandi byli osloveni v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. V jednom z případů bylo využito pomoci partnerky probanda při překladu. Požadovaného počtu probandů bylo dosaženo cíleným oslovováním kolegů a známých, od kterých byly získány kontakty. Někteří probandi vyznávající pravoslavnou víru byli získáni oslovením úklidové firmy a návštěvou prodejny s ruskými specialitami. Jeden proband byl osloven při návštěvě stavebních prací.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen deseti všeobecnými sestrami z vybraných zdravotnických zařízení na území hlavního města Prahy. Osloveny byly sestry z pěti velkých pražských nemocnic. Z každé nemocnice byly zastoupeny dvě sestry, přičemž

jedna pracovala na chirurgickém a druhá na interním oddělení. Všechny sestry musely splňovat podmínku vykonávání práce minimálně pět let na lůžkovém oddělení. Při získávání probandů z řad všeobecných sester byly osloveny mé bývalé spolužačky z vysokoškolského studia. Aby byla dodržena stanovená kritéria výzkumného souboru, byla dále využita opět metoda snowball sampling.

Třetí výzkumný soubor tvořili nutriční terapeuti. Ti byli vybráni ze stejných pražských nemocnic jako všeobecné sestry. Z každé nemocnice byl osloven jeden.

K lepší orientaci mezi výzkumnými soubory byl soubor příslušníků vybraných minorit označen písmenem A. Výzkumný soubor romské minority nesl označení AA. Každý proband ve výzkumném souboru AA byl označen písmenem R a příslušnou číslicí. Výzkumný soubor vietnamské minority nesl označení AB. Každý proband ve výzkumném souboru AB byl označen písmenem V a příslušnou číslicí. Dále výzkumný soubor vyznavačů islámu nesl označení AC, přičemž byl každý proband ve výzkumném souboru AC označen písmenem I a příslušnou číslicí. Výzkumný soubor vyznavačů pravoslaví nesl označení AD, kdy byl každý proband ve výzkumném souboru AD označen písmenem P s příslušnou číslicí. Výzkumný soubor tvořený všeobecnými sestrami byl označen písmenem B. V daném výzkumném souboru byla každá všeobecná sestra označena písmenem S a danou číslicí. Výzkumný soubor nutričních terapeutů byl označen písmenem C, přičemž jednotliví nutriční terapeuti byli označeni písmenem N včetně příslušné číslice.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Vyhodnocení výsledků souboru AA – romská minorita

4.1.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AA

Tabulka 1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AA

	věk	pohlaví	národnost	náboženství	zaměstnání	bydlení
R1	35	žena	česká	křesťanství	nezaměstnaná	rodina
R2	37	muž	česká	křesťanství	kuchař	rodina
R3	45	žena	slovenská	křesťanství	prodavačka	rodina
R4	29	žena	česká	ateista	mateřská dovolená	rodina
R5	54	muž	česká	křesťanství	invalidní důchodce	rodina

(zdroj vlastní)

Proband R1 je žena ve věku 35 let. Bydlí v bytě v Praze s manželem a dvěma dětmi. Momentálně je nezaměstnaná a stará se o domácnost. Proband R2 je 37letý muž. Bydlí v bytě v Benešově s manželkou a společně mají jedno dítě. Proband R2 se živí jako kuchař. Proband R3 je žena ve věku 45 let slovenské národnosti. Žije v Bardějově s manželem a společně mají tři děti. Živí se jako prodavačka. Proband R4 je žena ve věku 29 let. Bydlí ve společné domácnosti s partnerem. Nyní je na mateřské dovolené. Proband R5 je 54letý muž, který je v invalidním důchodu. Je rozvedený, bydlí s přítelkyní v bytě v Praze.

4.1.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru AA – romská minorita

Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru AA

Náboženství	Praktikování víry
	Svátky
Stravování	Jídelníček
	Stolování
	Nevhodná jídla
Zkušenosti s hospitalizací	Hospitalizace
	Přístup sester
	Stolování
	Strava
	Praktikování víry, kultury

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Náboženství

Podkategorie 1 Praktikování víry

Probandi R1, R2, R3 a R5 vyznávají křesťanství. Proband R1 tvrdí, že věří v boha a všichni v rodině jsou pokřtěni. Do kostela ale nechodí. „*Naše rodina věří v Boha... všichni jsme i pokřtěni, do kostela ale nechodíme*“ (R1). Proband R2 je věřící, stejně jako proband R1 a ani on kostel nenavštěvuje. „*Ano, jsem věřící... nechodím do kostela, kostel k Bohu nepotřebuji*“ (R2). Proband R5 se hlásí ke křesťanství, víru ale nijak nepraktikuje. Kostel navštěvuje pouze proband R3, a to pravidelně ke zpovědi. „*Všichni v rodině jsme křesťané... chodíme do kostela... já tam chodím pravidelně ke zpovědi, uklidňuje mě to*“ (R3). Z probandů uvedl pouze proband R3, že se modlí i doma. Proband R4 je ateista. „*Já v Boha nevěřím. Moji rodiče jsou věřící, doma mají sošku Panny Marie a matka jí často o něco prosí. Mně se tohle ale nějak vyhnulo. Nic mi to neříká*“ (R4).

Podkategorie 2 Svátky a půsty

Všichni probandi se shodují v tom, že slaví běžné svátky jako ostatní. Nikdo z probandů neuvedl oslavu svátků, které by souvisely s jejich kulturou. Proband R1 zmínil oslavu Velikonoc a Vánoc, které považuje za příležitost k setkání širší rodiny. „*Tak slavíme svátky jako Velikonoce a Vánoce. To se sejde vždycky celá rodina... na Velikonoce malujeme vajíčka a o Vánocích si dáváme dárky...*“ (R1). Stejně tak slaví svátky proband R3, který rovněž považuje Vánoce a Velikonoce za hlavní svátky roku. „*Na Velikonoce tam u nás chodí kluci koledovat, to se vždycky sejdem se všemi příbuznými. Vánoce slavíme tak normálně... kapr, dárky, stromček...*“ (R3). Všichni probandi shodně uvedli, že za velké události považují křtiny, svatby a pohřby. Proband R2 uvedl, že za velké události neboli příležitosti k oslavě, považuje křtiny a svatby. „*Když je nějaká velká událost jako křtiny nebo svatba, tak slaví celá rodina pohromadě. Všichni spolu oslavují hodně dlouho. Ženské navaří a napečou.... To jsou pak hody...*“ (R2).

Kategorie 2 Stravování

Podkategorie 1 Jidelniček

Probandi R1, R3 a R4 uvedli, že se stravují pravidelně. Proband R1 vypověděl, že se stravuje třikrát denně. Každý den vaří dvě teplá jídla, aby měla rodina oběd i večeři. „*Vařím každý den, mám doma dvě děti a manžela, tak se musím postarat, aby měli vždy, co jíst*“ (R1). Podobně jako proband R1 se i probandi R3 a R4 stravují pravidelně až pětkrát denně a doma vaří. Proband R1, R3 i R4 se shodují, že vaří jak česká, tak typicky romská jídla, přičemž tito probandi nejedí opakovaně to samé jídlo. „*Vařím ráda... většinou vařím naše tradiční jídla i taková ty typicky česká, jako jsou omáčky, řízky a tak...*“ (R4). „*Nikdy nejíme dva dny po sobě to samé... to není dobře...*“ (R3). Proband R2 i R5 tvrdí, že se stravují nepravidelně. Proband R2 uvedl, že jí, když má hlad. „*Tak když na mě přijde hlad nebo chuť, tak si něco vezmu. Doma vaří manželka, tak když přijdu z práce, čeká na mě s večeří*“ (R2). Proband R2 se shodoval s probandy R1, R3 a R4 v otázce čerstvosti potravin, kdy vypověděl, že jeho manželka vaří každý den jiné jídlo a dva dny po sobě tak doma nekonzumují to samé. Proband R5 tvrdí, že během dne si vystačí s kávou a cigaretou a pokrmy jako jsou rohlík s pomazánkou a párky. „*Moc nejím, dám si třeba salát s rohlíkem, většinou mi ale stačí káva a cigareta.*“

Přítelkyně chodí do práce, tak moc nemá doma čas vařit. Večer si uděláme třeba vajíčka nebo párky, to je rychlé“ (R5).

Podkategorie 2 Stolování

Probandi R3 a R4 tvrdí, že jedí většinou s dětmi a partnery hromadně u stolu. *„Vždy chci, abychom jedli všichni najednou u jednoho stolu. Ono to ale nejde vždy uhlídat... starší děti si furt tahají jídlo k televizi...“ (R3).* Proband R1 uvedl, že společně doma moc nestolují. *„Když nandám jídlo na talíř dětem, oni ho snědí. Já si většinou nandám až později... alespoň mám na to klid... Manžel si většinou nosí jídlo k počítači“ (R1).* Probandi R2 a R5 shodně tvrdí, že jedí většinou u televize.

Podkategorie 3 Nevhodná jídla

Za nevhodná jídla probandi R1, R2, R3 a R4 považují to, co není čerstvé. Proband R1 nekonzumuje opakovaně stejné jídlo a zbytky nikdy neschovává. *„Myslím si, že by se nemělo jíst dvakrát po sobě to samé. Když něco uvařím, tak se to musí hned sníst. Nic neschovávám“ (R1).* Stejně tak proband R2 vyžaduje po své manželce každý den vaření čerstvého pokrmu. *„Mám rád, když mi manželka každý den uvaří něco čerstvého. Nechci jíst druhý den to samé“ (R2).* Proband R4 nepovažuje žádné jídlo za nevhodné, ve své odpovědi ale zdůraznil důležitost čerstvosti potravin. *„Nevhodné... no nevím co je nevhodné... Asi když je to čerstvé a dobré a všem to chutná, tak je vcelku jedno, co to je“ (R4).* Proband R5 vypověděl, že si nevybavuje žádné jídlo, které by považoval za nevhodné ke konzumaci.

Kategorie 3 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Hospitalizace

Probandi R1 a R3 byli hospitalizováni opakovaně na gynekologicko-porodnickém oddělení po porodu. Proband R2 byl nedávno hospitalizován po operaci žlučníku. Proband R4 byl nedávno hospitalizován po operaci kýly. Proband R5 byl opakovaně hospitalizován s defektem dolní končetiny.

Podkategorie 2 Přístup sester

Probandi R2, R3 a R4 byli s péčí v nemocnici spokojeni. *„V nemocnici byli všichni moc milí“ (R4).* Proband R1 uvádí, že problém, který v průběhu hospitalizace

zaznamenal, byl omezování návštěv. Za probandem R1 chodily početné návštěvy, kvůli čemuž byli příbuzní personálem požádáni o dodržování návštěvního řádu. „*Do porodnice za mnou chtěla chodit celá rodina. To se ale sestrám nelíbilo, prý že nás je tam moc, a tak za mnou mohl chodit jen někdo a jen na chvíli*“ (R1). Proband R5 se setkal s nepříjemnou kritikou ze strany sestry, kdy mu bylo zakazováno opouštět oddělení kvůli opakované potřebě kouření. Přiznal, že oddělení opouštěl i přes zákaz. „*Když jsem ležel na chirurgii s tou nohou, tak jsem chodil ven kouřit. Sestra mi to ale zakazovala, že to pro mě není dobré, že takhle tu nohu nezažijí a tak... Někdy jsem chodil ven tajně*“ (R5).

Podkategorie 3 Stolování

Probandi R1, R2 a R3 nemají se stolováním v nemocnici špatné zkušenosti. Proband R1 uvádí, že jídlo považoval v průběhu hospitalizace za společenskou událost. „*Jídlo mě vždy v nemocnici bavilo. Většinou jsme si s ostatními pacientkami při jídle příjemně popovídaly... Byla to taková společenská událost*“ (R1). Probandům R4 a R5 bylo společné stravování s ostatními pacienty nepříjemné. Probandovi R4 se nelíbil pohled na ostatní pacienty v průběhu stolování. „*Bylo mi nepříjemné, koukat při jídle na ostatní. Všichni měli na sobě pověšené různé pytlíky. To mě pak přešla chuť*“ (R4). Proband R5 pociťoval při hospitalizaci handicap plynoucí ze zápachu defektu jeho dolní končetiny, kvůli němuž byla jeho přítomnost ostatním pacientům nepříjemná. Radši tedy stoloval sám. „*Měl jsem pocit, že se mnou nechce nikdo sedět u stolu. Jako ono je fakt, že ta noha moc nevoní... Radši bych jedl sám*“ (R5).

Podkategorie 4 Strava

Probandi R1, R2, R3 a R4 se shodují v tom, že jim jídlo v nemocnici příliš nechutnalo. Proband R1 hodně vaří a má rád dobrá jídla. V nemocnici bylo dle jeho slov jídlo nijaké. „*No jídlo nic moc. Vzhledem k tomu, že sama hodně vařím, tak mám ráda dobrá jídla. V nemocnici to bylo takové nijaké*“ (R1). Proband R2 byl nespokojen s malými porcemi a s dietou předepsanou v závislosti na jeho diagnóze. Přiznal, že mu manželka přinášela jídlo na přilepšenou. „*Jídla bylo málo. Já jím hodně a tohle mi nestačilo. Ještě navíc to jídlo po té operaci žlučníku se fakt nedalo jíst. Snažil jsem se to ale vydržet. Občas mi manželka přinesla navíc něco na zub*“ (R2). Proband R3 se vyjádřil nelibě k nemocniční stravě bez udání konkrétního příkladu. Proband R4 považoval jídlo v nemocnici za studené a nedochucené. „*Ještěže jsem v nemocnici*

ležela jen chvíli. Jídlo bylo často studené a nedochucené“ (R4). Proband R5 byl jako jediný s jídlem relativně spokojen, přičemž přiznal, že si v nemocničním obchodě dokupoval pokrmy dle chuti. „A tak šlo to... Jídla bylo sice málo, ale nebylo špatné. Když jsem měl na něco chuť, došel jsem si něco koupit, nebo mi přítelkyně nosila to, co mám rád“ (R5).

Podkategorie 5 Praktikování víry, kultury

Probandi R4 a R5 nekladli při hospitalizaci žádné nároky na praktikování víry nebo kultury. Probandi R1 a R2 zmínili svou nepříjemnou zkušenost s omezováním návštěv. Proband R1 považuje rodinu za důležitou a omezení kontaktů s příbuznými se mu nelíbilo. „Jak jsem už říkala, vadilo mi to, že za mnou nemohli do nemocnice chodit všichni příbuzní“ (R1). Proband R2 uvedl, že za ním v průběhu hospitalizace docházela manželka a známí. Pociťoval však nelibost především ze strany pacientů. S návštěvami trávil čas mnohdy mimo oddělení, což vedlo ke konfliktům s personálem. „Chodila za mnou manželka, rodina a kamarádi. Ostatním pacientům to asi vadilo, tak jsem chodil radši ven. Tam bylo takové posezení, tak tam jsem s rodinou seděl... Často se ale stalo, že mě sestry hledaly na oddělení a já tam nebyl... pak z toho byl trochu problém“ (R2). Proband R3 uvedl, že vzhledem k tomu, že se doma denně modlí k Bohu, praktikoval tento svůj rituál i v průběhu hospitalizace. „Doma se modlím každý večer, to jsem mohla i v nemocnici, nic víc jsem nechtěla“ (R3).

4.2 Vyhodnocení výsledků souboru AB – vietnamská minorita

4.2.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AB

Tabulka 3 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AB

	věk	pohlaví	náboženství	Pobyt v ČR	zaměstnání	bydlení
V1	20	muž	nespecifikováno	20 let	student	rodina
V2	45	žena	nespecifikováno	22 let	kuchařka	rodina
V3	47	muž	nespecifikováno	27 let	dělník	rodina
V4	48	žena	buddhismus	22 let	prodavačka	rodina
V5	19	žena	nespecifikováno	19 let	student	rodina

(zdroj vlastní)

Proband V1 je muž ve věku 20 let. Narodil se v České republice rodičům původem z Vietnamu. V České republice tedy žije od narození, do Vietnamu však s rodiči jezdí zhruba jednou za rok. Proband V1 bydlí s rodiči v bytě v Praze, kde studuje vysokou školu se zaměřením na ekonomii. Ve volném čase vypomáhá rodičům v jejich obchodě. Proband V2 je 45letá žena. Narodila se ve Vietnamu a v České republice žije 22 let. Bydlí v bytě s manželem a dvěma dětmi. Proband V2 se živí jako kuchařka ve vietnamské restauraci. Proband V3 je muž ve věku 47 let původem z Vietnamu. V České republice žije 27 let. Pracuje v Německu v rodinné firmě jako dělník. Do Německa za práci dojíždí, jinak bydlí v Praze v bytě s rodinou. Proband V4 je žena ve věku 48 let, která se narodila ve Vietnamu. V České republice bydlí již 22 let a živí se jako prodavačka v rodinném obchodě. Bydlí ve společné domácnosti s manželem a synem. Proband V5 je 19letá studentka ošetřovatelství. Narodila se v České republice a oba její rodiče jsou vietnamského původu. Stejně jako proband V1 do Vietnamu s rodinou často jezdí.

4.2.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru AB – vietnamská minorita

Tabulka 4 Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru AB

Náboženství	Praktikování víry
	Svátky
Stravování	Jídelníček
	Stolování
	Vztah k české kuchyni
	Nevhodná jídla
Zkušenosti s hospitalizací	Hospitalizace
	Přístup sester
	Stolování
	Strava
	Praktikování víry, kultury

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Náboženství

Podkategorie 1 Praktikování víry

Probandi V1, V2, V3 i V5 nejmenovali žádné konkrétní náboženství, které vyznávají. Za ateisty se však nepovažují. Proband V5 uvedl, že není ateista, jelikož věří v něco vyššího, než je on sám, jen tomu nedává pojmenování. „*Nemyslím si, že jsem ateista, to bych v nic nevěřila. Já ale v něco věřím. Vím, že je něco víc než my, ale nevím, co to je, asi to jen nepojmenovávám. Není to nic konkrétního*“ (V5). Proband V1 vypověděl, že v jeho kultuře uctívají především předky. Žádné konkrétní náboženství však nevyznává. „*Náboženství bych tomu neřikal, ale u nás doma uctíváme hlavně předky a tak. Nedá se říct, že máme nějakého jednoho boha*“ (V1). Stejně tak i probandi V2, V3 a V5 uvedli, že v jejich rodinách uctívají své předky. V domácnosti probanda V2 se jednou do měsíce zdobí oltář předků, který připravuje nejstarší syn. „*Vždy jednou do měsíce doma chystáme na poličku ovoce pro naše předky. Je to takový dar. Tradičně to připravuje nejstarší syn*“ (V2). Stejným způsobem uctívají předky i probandi V1, V3 a V5. Proband V5 zmínil, že se respekt k předkům odráží i v pojmenovávání potomků. Uvedl, že není vhodné přenášet jméno předka na potomka. „*U nás je to vlastně všechno tak nějak o předcích. Třeba děti by se neměly pojmenovávat po nějaké babičce nebo dědečkovi. Kdyby pak někdo tomu dítěti někdy nadával, tak tím vlastně uráží i předky*“ (V5). Pouze proband V4 vypověděl, že vyznává buddhismus, přičemž navštěvuje pravidelně buddhistické chrámy v místě bydliště. „*V Sapě je několik buddhistických chrámů, které navštěvuji... ano, doma mám sošky Buddhy...*“ (V4). Proband V4 uvedl, že předky ctí a na rodinném oltáři mají své místo. V porovnání s ostatními probandy však ale dominovalo vyznávání buddhismu. Proband V4 vypověděl, že se několikrát denně modlí. „*Každý den vstávám ve čtyři hodiny ráno a hodinu se modlím... modlím se několikrát za den.... předky samozřejmě uznávám a ctím, má víra má ale poněkud jiný rozměr*“ (V4). Otázce víry se proband V4 nechtěl více věnovat.

Podkategorie 2 Svátky a pústy

Probandi V1, V2, V3 i V5 shodně jmenují jako jeden z nejvýznamnějších svátku lunární Nový rok. Proband V1 považuje Nový rok za nejdůležitější svátek. „*Lunární Nový rok slavíme zhruba 3. neděli v únoru. Je to asi nejvýznamnější svátek*“ (V1). Dle probanda V3 se na oslavu Nového roku připravuje velká hostina pro předky, přičemž se dá nejprve na jídlo prostor předkům a až poté jí rodina. „*Na náš Nový rok se připravuje*

pro předky veliká hostina. Všechno možné jídlo. Nejprve jedí předci, poté my“ (V3). Proband V5 uvedl, že při oslavě Nového roku s matkou celý den připravuje pokrmy pro celou rodinu a předky. Poté nejstarší bratr připravuje oltář předků. Rodina dle probanda V5 večeří až po předcích a po modlitbě k předkům. „Když slavíme Nový rok, tak to celý den s matkou vařím jídlo pro předky i pro nás. Bratr pak to jídlo připravuje na takový oltář. Pak se jakoby modlíme ke svým předkům a pak je poprosíme, zda můžeme začít jíst“ (V5). Jak ale uvedl proband V2, obdobnou hostinu pořádají i k výročí významných událostí, za které považují například narozeniny předků. „Lunární Nový rok je sice velký svátek, ale stejně velkou váhu mají u nás třeba i různá výročí. Třeba si tak připomínáme narozeniny předků“ (V2).

Probandi V1, V2, V3 i V5 opět shodně uvedli, že slaví české Vánoce. Proband V1 tvrdí, že doma s rodiči slaví Vánoce, dávají si dárky a zdobí stromeček. „Doma normálně Vánoce slavíme, dáváme si dárky a máme stromeček“ (V1). Proband V3 vypověděl, že vzhledem k dlouhému pobytu v České republice se jeho rodina naučila slavit velké české svátky, jako jsou Vánoce. „Žijeme tady už dlouho, tak jsme se naučili Vánoce slavit. Je to ale nejspíš kvůli dětem. Chodily do české školy, a tak se tomu nešlo moc vyhnout“ (V3). Překvapivá byla odpověď probanda V5, který uvedl že o Vánocích mají s rodinou štědrovečerní večeři, přičemž konzumují kapra a bramborový salát. „Na Vánoce doma jíme normálně kapra a salát. Asi máme fakt takové typické Vánoce... teda nepouštíme si koledy a neděláme žádné české tradice, ale jinak klasika“ (V5). Od probanda V4 byly odpovědi týkající se náboženství, svátků i půstu dá se říci strohé. O žádných konkrétních svátcích v souvislosti se svou vírou nehovořil. „Nejde o náboženství, které má stanovené svátky. Je to filosofie, styl života. Pro Vás je asi nejpodstatnější k Vaší práci, že jsem buddhista a vegan“ (V4).

Kategorie 2 Stravování

Podkategorie 1 Jidelniček

Probandi V1 a V2 uvedli, že se stravují 2x denně. Proband V2 považuje za největší jídlo dne oběd. „Za hlavní jídla dne považuji oběd a večeři. Oběd je větší, než večeře“ (V2). Proband V1 má raději lehčí oběd a vydatnou večeři. Probandi V4 a V5 jedí pravidelně alespoň třikrát denně. Proband V5 uvedl, že si i do školy dělá svačiny. „Snažím se jíst pravidelně. Když mám školu, nebo praxi, tak si dělám snídani a svačinu do školy. Pak normálně chodím na oběd a doma mám večeři“ (V5). Proband V3 se

stravuje nepravidelně, přičemž je mnohdy jeho jediným jídlem dne oběd. Ve dnech pracovního volna se ale díky své manželce stravuje lépe. *„Když jsem v práci, tak nejím moc pravidelně. Někdy mám jen oběd. Když jsem ale doma, tak se žena stará o to, abych jedl víc“* (V3). V jídelníčku probandů V1, V2, V3 i V5 převažuje typická vietnamská kuchyně. Všichni shodně jmenují za nejčastěji konzumované potraviny rýži, nudle, zeleninu a maso. Proband V2 uvedl, že nejčastěji vaří tradiční vietnamské pokrmy. Nejvíce připravuje maso se zeleninou a rýží s preferencí masa vepřového. *„Nejčastěji vařím naše jídla. Asi nejvíce jíme maso se zeleninou a rýží... nejvíce jíme vepřové maso“* (V2). Probandi V1 i V5 shodně vypověděli, že kromě vietnamské kuchyně mají rádi fast food a běžné pokrmy. Proband V1 tvrdí, že doma konzumuje tradiční vietnamský jídla. V přítomnosti přátel ale dává přednost fast foodu a lehkým svačinám. *„Když jsem doma, tak jím to, co rodiče. Když jsem ale s kamarády, tak často zajdeme do fast foodu, nebo si koupím třeba bagetu, nebo nějakou obyčejnou svačinu“* (V1). Proband V5 vypověděl, že v jídle nemá žádné preference. Uvedl svou zkušenost ze školních jídelen, kde jediné, co mu nechutnalo byly omáčky. *„Mně chutná asi všechno. I ve škole jsem odjakživa chodila do školní jídelny a jedla jsem česká jídla. Jediné, co jsem úplně nemusela jsou omáčky. Takové ty smetanové. Ale i tak je sním, když nic jiného není a já mám hlad“* (V5). Jídelníček probanda V4 se liší od ostatních. Jako nejčastěji konzumované potraviny proband V4 zmínil zeleninu, ovoce, luštěniny, a sójové výrobky.

Podkategorie 2 Stolování

Všichni probandi se shodli v tom, že pokud je možnost, preferovali by společné stolování s rodinou. Proband V1 uvedl, že téměř nikdy nestoluje rodina pohromadě. Jako důvod uvedl potřebu neustálé přítomnosti jednoho člena v rodinném obchodě. *„Jíme odděleně, vždy musí někdo zůstat v obchodě“* (V1). Proband V2 vypověděl, že když je možnost, preferuje stolování s rodinou pohromadě. Dle jeho slov se ale rodina nesejde příliš často. *„Když se náhodou sejdem doma, tak jíme pohromadě, to je ale málo kdy. Já i manžel jsme často v práci a děti ve škole“* (V2). Kvůli pracovní vytíženosti stoluje odděleně i rodina probanda V3. Ve dnech pracovního volna se ale s rodinou snaží jíst hromadně. Stejně odpověděl i proband V4. I proband V5 uvedl, že když je možnost, rodina stoluje pohromadě. Pravidelně se schází celá rodina v pátek. *„Každý pátek se sejde celá rodina, i bratřenci a sestřenice, a máme takovou velkou*

hostinu... jídlo připravuji já a má matka. Pokrmů musí být několik, aby bylo z čeho vybírat. Každý si pak nandá na talíř, co chce“ (V5).

Podkategorie 3 Vztah k české kuchyni

Probandi V2, V3 i V5 se shodují v tom, že jim česká kuchyně chutná. Doma však české pokrmy nepřipravují. Jak však již dříve uvedl proband V5, s výjimkou Vánoc, kdy chystají kapra a salát. Probandovi V2 česká kuchyně chutná, příliš často ji ale nekonzumuje. *„České jídlo mi chutná, moc často ho ale nejím“ (V2).* Proband V3 má českou kuchyni rád a navštěvuje s rodinou české restaurace. Jeho nejoblíbenějším pokrmem je pečené koleno nebo pečená žebra. *„S rodinou občas chodíme do české restaurace. Chutná nám vaše jídlo. Nejraději mám pečené koleno, nebo žebra“ (V3).* Proband V5 uvedl, že typicky česká jídla běžně konzumuje, a to v jídelně ve škole nebo v nemocnici na praxi. *„Nevadí mi česká jídla. Jak jsem říkala, ve škole i na praxi v nemocnici chodím do jídelen a tam jím normální vaše jídla“ (V5).* Proband V1 uvedl, že typická česká jídla nemá v oblibě. Přednost dává spíše mezinárodní kuchyni. *„Českou kuchyni rád nemám. Raději mám třeba pizzu a burgery“ (V1).* Proband V4 uvedl, že typicky česká jídla nekonzumuje. Považuje je za nezdravá. *„Česká jídla nejím a ani nevařím. Jsou moc těžká a podle mě nezdravá“ (V4).*

Podkategorie 4 Nevhodná jídla

Probandi V1, V2, V3 a V5 nepovažují žádná jídla za nevhodná. Na otázku nevhodných jídel byla odpověď jednoznačná pouze u probanda V4, který uvedl, že vzhledem ke svému veganskému stylu života považuje za nevhodné cokoli živočišného. *„Vzhledem k tomu, že jsem vegan, tak nejím nic ze zvířat“ (V4).* Zajímavou odpověď přinesl proband V5, který vypověděl, že mu odmala doma zakazovali jíst pokrmy z čínských restaurací. *„Jediné, co mě napadá, že máme jakoby zakázané jíst, je čínské jídlo. Už odmala nám doma matka zakazovala chodit do čínských restaurací. Vlastně všichni v mém okolí to mají podobně“ (V5).*

Kategorie 3 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Hospitalizace

Probandi V1 a V2 byli v minulosti hospitalizováni na chirurgickém oddělení. Proband V1 podstoupil operaci pilonidálního sinu. *„Tento rok jsem ležel na chirurgii,*

kde mi operovali pilonidální sinus. Byl jsem hospitalizován tři dny“ (V1). Proband V2 prodělal operaci žlučníku. „V nemocnici jsem byla pouze jednou, a to na operaci žlučníku. Byla jsem tam jen chvíli, asi čtyři dny“ (V2). Proband V4 byl hospitalizován na ortopedickém oddělení po operaci zlomeniny zápěstí a na chirurgickém oddělení pro frakturu žeber a pneumothorax. „Před rokem jsem podstoupila operaci zlomené ruky. Nyní mám zlomená žebra. Obojí se mi přihodilo při pádu na kole“ (V4). Proband V3 byl hospitalizován před dvěma lety na interním oddělení pro problémy se srdcem. Proband V5 byl hospitalizován v loňském roce na gynekologickém oddělení pro operaci cysty vaječníku.

Podkategorie 2 Přístup sester

Všichni probandi hodnotili přístup sester velice kladně a nikdo si z hospitalizace nenese nepříjemnou zkušenost, co se týká přístupu personálu. „Všichni byli v nemocnici moc milí, nevybavuji si žádný problém, že bych s někým měl“ (V3). Na otázku, zda byli při příjmu jakýmkoli způsobem tázáni na stravovací specifika odpověděli až na probanda V2 všichni shodně, že nikoli. Proband V4 uvedl, že při nástupu do nemocnice využil tlumočení syna. Ten personál informoval o stravovacích specifikách matky. Personál se ale aktivně na stravování probanda V4 neptal. „Když jsem nastoupila, tak bylo všechno moc rychlé. Dovezli mě do pokoje a pak se tu vždy někdo ukázal, jestli je vše v pořádku, jestli to nebolí. Já nerozumím česky, a tak je problém v komunikaci. To podstatné jsme si ale rozuměli. Bolí, nebolí. Hned přišla rodina, syn překládal vše potřebné. Na jídlo se ale myslím nikdo neptal, protože vím, že syn sám od sebe hlásil, že jsem vegan“ (V4). Proband V3 měl s přijetím do nemocnice obdobnou zkušenost. Uvedl, že se personál choval příjemně, ale s nikým si nerozuměl. Proband V3 využil dceru k tlumočení. „Když jsem nastoupil do nemocnice, tak se se mnou nikdo moc nebavil. Všichni se tvářili moc mile, ale nerozuměli jsme si. Dcera překládala. Jídlo ale, co vím, nikdo neřešil“ (V3). Proband V2 uvedl, že když při hospitalizaci překládal syn, padla od personálu otázka i ohledně stravování. „Vím, že se syna ptali, jestli mají kontaktovat nějakou výživovou sestru ohledně stravy. Řekli jsme, že není potřeba“ (V2).

Podkategorie 3 Stolování

Na otázku stolování v nemocničním zařízení nikdo z probandů neměl jasnou odpověď. Proband V4 a V1 uvedli, že stolování probíhalo hromadně v jídelně. Ostatním bylo jídlo servírováno na pokoji. Nikdo ve způsobu stolování neviděl jakýkoli problém.

Podkategorie 4 Strava

Probandi V2, V3 a V5 uvedli, že jim strava v nemocnici chutnala. „*Jídlo nebylo špatné. Já většinou sním, co mi kdo dá*“ (V5). Proband V2 uvedl, že vzhledem k jeho diagnóze bylo jídlo poněkud bez chuti, neviděl v tom ale velký problém. „*Operovali mi žlučník, takže jídlo bylo takové bez chuti, ale asi to tak být muselo. Nebylo to špatné*“ (V2). Proband V1 má na nemocniční stravu nejasný názor. Jídlo v nemocnici mu nechutnalo, dle jeho slov je zvyklý na jiné pokrmy. Servírovaným jídlem však nepohrdal a snědl ho „*Nechutnalo mi. Jsem zvyklý na jiné jídlo. Navíc česká jídla rád nemám. Ale dalo se to jíst*“ (V1). U probanda V4 byla situace složitější. Veganské jídlo nemocnice nenabízela, a tak stravu probandovi donášela rodina. „*Když syn řekl, že jsem vegan, byl to problém. Prý mi mohli připravit jen vegetariánskou stravu. Ptali jsme se, jestli není problém, abych měla jídlo z domova. To mi bylo umožněno*“ (V4). I proband V3 využil v průběhu hospitalizace možnost domácí stravy. „*V nemocnici mi chutnalo, ale rodina mi někdy přinesla domácí jídlo. Někdy jsem si dal radši to. Jednou jsem dostal ale moc dobrý oběd. Byly to vaše knedlíky s masem a omáčkou. To jsem si jídlo od rodiny nechal na později a dal jsem si to české*“ (V3). Všichni probandi se shodují na tom, že uzdravení je na prvním místě. Proband V5 považuje v nemocnici servírované jídlo za nejvhodnější pro jeho uzdravení. „*My to bereme tak, že to jídlo, co dostaneme v nemocnici, je pro nás to nejlepší. Proto to sníme. Neděláme problémy. V nemocnici vědí, co máme jíst, a tak posloucháme. Je to něco jako autorita*“ (V5). Zajímavá byla informace od probanda V1, že tradičním jídlem v době nemoci je rýžová kaše s kuřecím masem. „*Když je někdo nemocný, tak se mu vaří taková kaše. Je v tom rýže a kuře. Je to i první jídlo, které vaříme, když se někdo vrací z nemocnice domů*“ (V1). Informaci potvrdil i proband V5. „*Rýžovou kaši mám moc ráda. Když jsem nemocná, tak mi ji vaří maminka. I do nemocnice mi ji nosila*“ (V5).

Podkategorie 5 Praktikování víry, kultury

Většina z probandů v průběhu hospitalizace nepotřebovala zvláštní podmínky k praktikování své kultury či víry. Pouze proband V4 uvedl, že vzhledem ke své víře v nemocnici preferuje klid. Proto by uvítal možnost samostatného pokoje, kde by měl možnost se modlit, aniž by rušil ostatní pacienty „*Jediné, co mi v nemocnici chybí, je klid... kdyby byl volný samostatný pokoj, byla bych ráda. Mohla bych se modlit. Jinak se teď hlavně potřebuji uzdravit, takže myslím na to*“ (V4).

4.3 Vyhodnocení výsledků souboru AC – vyznavači islámu

4.3.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AC

Tabulka 5 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AC

	věk	pohlaví	Země původu	Pobyt v ČR	zaměstnání	bydlení
I1	20	žena	ČR	20 let	student	rodina
I2	40	žena	Rusko	15 let	asistentka	rodina
I3	45	muž	Afghánistán	10 let	lékař	rodina
I4	33	muž	Pákistán	5 let	kuchař	rodina
I5	30	žena	ČR	30 let	mateřská dovolená	rodina

(zdroj vlastní)

Proband I1 je žena ve věku 20 let. Narodila se v České republice, kde žije celý život. Její otec je muslim a matka křesťanka. Sama je ale praktikující muslimkou. Momentálně studuje na Univerzitě Karlově v Praze. Proband I2 je 40letá žena. Narodila se v Rusku a v České republice žije 15 let. Bydlí v bytě s manželem stejné národnosti. Do České republiky se přistěhovala společně s manželem z pracovních důvodů. Již několik let pracuje jako asistentka v nadnárodní firmě. Proband I3 je muž ve věku 45 let původem z Afghánistánu. V České republice žije 10 let a živí se jako lékař. Bydlí v bytě s manželkou stejné národnosti. Společně mají dceru ve věku 9 let. V České republice před téměř 20 lety proband I3 vystudoval medicínu, poté se vrátil zpět do Afghánistánu, kde pracoval v nemocnici. Před deseti lety dostal nabídku zaměstnání v České republice. Proband I4 je muž ve věku 33 let původem z Pákistánu. V České republice žije 5 let a živí se jako kuchař v pákistánské restauraci. Bydlí ve společné domácnosti s partnerkou české národnosti, děti nemají. Proband I5 je 30letá žena české národnosti. K islámu konvertovala před několika lety, když se seznámila se svým současným manželem, který je původem z Alžírsko. Nyní je na mateřské dovolené.

4.3.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru AC – vyznavači islámu

Tabulka 6 Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru AC

Náboženství	Praktikování víry
	Svátky a půsty
Stravování	Jídelníček
	Stolování
	Vztah k české kuchyni
	Nevhodná jídla
Zkušenosti s hospitalizací	Hospitalizace
	Přístup sester
	Stolování
	Strava
	Praktikování víry, kultury

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Náboženství

Podkategorie 1 Praktikování víry

Všichni probandi o sobě shodně tvrdí, že jsou praktikujícími muslimy. Styl praktikování víry se však liší. Nikdo z probandů nenavštěvuje mešitu pravidelně každý pátek, všichni se ale snaží chodit do mešity v souvislosti s islámskými svátky. Proband I1 uvedl, že mešitu navštěvuje nepravidelně, pokud mu to umožní časové možnosti. „*Nedá se říci, že do mešity chodím pravidelně. Když mám volno, tak ano, ale se školou to mnohdy nejde skloubit*“ (I1). Zajímavá byla odpověď probanda I3. Proband I3 uvedl, že vzhledem ke svému zaměstnání nemá možnost navštěvovat mešitu pravidelně. Poukazoval ale na to, že Alláh si je toho dle jeho slov vědom a schvaluje mu to. „*Vzhledem k mojí práci je nereálné, abych mohl chodit do mešity každý pátek, nebo i častěji. Alláh ví, co dělám za práci, a tak by si nepřál, abych na úkor svého poslání chodil do mešity*“ (I3). Proband I4 tvrdí, že návštěva mešity je pro něj příležitostí, jak se potkat s lidmi stejné kultury a vyznání. „*Když navštěvuji mešitu, tak je to pro mě spíše společenská záležitost. Potkám se s lidmi stejné víry*“ (I4). Stejně jako proband I4 vnímá

navštěvování modliteben i proband I2. Na otázku četnosti modliteb byly odpovědi probandů neurčité. V zásadě stejně jako v případě navštěvování mešit se probandi modlí nepravidelně. Proband I4 uvedl, že se mnohdy nemodlí tolikrát za den, jak by měl. V jiné dny si snaží modlitby vynahradiť. *„Ne každý den se modlím pětkrát. Často to nejde. Bud' to jindy vynahradím nebo ne“* (I4).

Jednou z doplňujících otázek ohledně praktikování víry byl i pohled na zahalování muslimských žen. V tomto ohledu byly mezi odpověďmi probandů drobné nuance. Probandi I1 a I5 se shodly v tom, že vždy nosí alespoň šátek, kterým zahalují vlasy. Proband I1 vypověděl, že se několikrát setkal s negativní reakcí okolí na nošení hidžábu a to především ze strany učitelů. *„Hidžáb nosím asi od svých 16 let. Nosím ho dobrovolně. Zatím jsem se setkala jen párkrát s negativní reakcí okolí. Hlavně ze stran učitelů na střední škole“* (I1). Proband I5 tvrdí, že si vlasy zahaluje od své konvertrace k islámu před třemi lety. Proband I5 uvedl, že ho ke konvertování přivedlo zaujetí danou vírou, kterou se rozhodl sdílet s manželem. *„K islámu jsem konvertovala před třemi lety. Od té doby si zahaluji vlasy. Popud vzešel ode mě. Manžel mě ani ke konvertování nijak nenutil. Mně se ale líbilo to vše kolem víry, co dělal on, ta čistota, vůle... rozhodla jsem se to sdílet s ním. Šátek nosím jako důkaz oddanosti a víry“* (I5). Proband I2 uvedl, že se nezahaluje téměř vůbec. K zahalování přistupuje pouze při návštěvách mešity. Dále proband I2 uvedl, že svůj oděv vždy konzultuje se svým manželem. *„Zahaluji se pouze když navštěvujeme mešitu. To mám šátek a zakryté ruce a nohy, jinak se oblékám normálně. Vždy ale konzultuji oblečení se svým manželem“* (I2). Proband I3 žije s manželkou stejné národnosti, která stejně jako on vyznává islám. Proband I3 odpověděl, že ho nikdy nenapadlo přemýšlet nad tím, zda by jeho žena odmítala zahalování. Dle jeho slov je to pro oba přirozené. *„Má žena pochází z Afghánistánu. Je pro ni přirozené se zahalovat. Obličej si ale nezakrývá. Nikdy nás nenapadlo přemýšlet nad tím, zda ji k tomu nutím, nebo zda by snad chtěla chodit ven bez šátku. Je to pro nás oba tak nějak přirozené“* (I3). Proband I4 žije ve společné domácnosti s partnerkou české národnosti, a tak má na věc poněkud odlišný pohled. Uvedl, že se pohybují především ve společnosti Čechů. Jeho partnerka islám nevyznává, a tak se nijak nezahaluje. *„Má partnerka je Češka. Islám nevyznává. Obléká se úplně normálně a mně to nevadí. Možná je to i tím, že se vidáme často s přáteli mé partnerky, kteří jsou Češi. Pohybujeme se tedy v české komunitě. Do mešity chodím většinou se svými známými. Naše světy jsou dost oddělené“* (I4).

Podkategorie 2 Svátky a půsty

Všichni probandi se shodují v tom, že se snaží dodržovat ramadán. Probandi I1 a I5 uvedli, že ramadán dodržují bez výjimky. Proband I5 uvedl svou zkušenost s těhotenstvím v době ramadánu, kdy byl od povinnosti půstu zproštěn. „*Když jsem byla těhotná, to bylo chvíli po mém konvertování, tak jsem ramadán nedodržovala. Těhotné ženy nemusí, není to pro dítě samozřejmě vhodné. Od té doby ale když je ramadán, tak půst dodržuji striktně*“ (I5). Dle probanda I2 je někdy složité vydržet bez vody, a tak se i během dne několikrát napije. Jídlo si ale odpírá až do soumraku. S probandem I2 souhlasí proband I3. Dle probanda I3 je z důvodu jeho povolání mnohdy nereálné od rána do večera nejíst a nepít. Pokud je tedy v průběhu ramadánu v práci, pije alespoň vodu. Vnímá to jako kompromis, který mu dle jeho slov Alláh odpustí. „*Ramadán je pro mě velice důležitý. Ze začátku jsem byl nekompromisní a od rána do večera jsem nejedl a nepil. V mé práci lékaře je to ale mnohdy riziko. Při velkém nasazení jsem byl vyčerpaný a sám riskuji zdraví svoje i pacientů. Proto pokud jsem v průběhu ramadánu v práci, piji dostatek vody. Alláh ví, že to dělám pro druhé*“ (I3). Proband I4 přiznal, že ačkoli se snaží ramadán dodržovat, mnohdy se mu to nepodaří. To omlouvá potřebou ochutnat připravované jídlo v restauraci. „*Někdy se mi nepodaří to jídlo neochutnat... ale říkám si, že to dělám proto, aby klientům jídlo chutnalo, tak mi to snad bude odpuštěno*“ (I4).

Kategorie 2 Stravování

Podkategorie 1 Jídelniček

Pokud pomineme, že všichni probandi nekonzumují vepřové maso a uzeniny, tak maso u většiny z nich tvoří značnou část jídelníčku, jak uvedli probandi I2, I3, I4 a I5. Proband I2 uvedl, že v domácnosti konzumují převážně tradiční ruská jídla, kuřecí maso a ryby. „*Často doma jíme kuřecí maso a ryby. Tím, že pocházíme z Ruska, tak často vaříme i taková typicky ruská jídla*“ (I2). Proband I3 vypověděl, že v domácnosti jeho žena vaří především z kuřecího a jehněčího masa, které připravuje s rýží nebo plackami. Dle jeho slov se ženou konzumují hodně zeleniny. Proband I3 přiznal, že se někdy stravuje v práci v jídelně, kam chodí na obědy. Doplnil, že si ale vybírá jídla, která jsou v souladu s jeho vírou. „*Doma vaří žena, takže se hodně stravujeme jako u nás v Afghánistánu. Hodně jíme kuřecí a jehněčí maso s rýží a plackami. Jíme hodně zeleniny. Když jsem v práci, tak se stravuji občas v nemocniční jídelně, kde si vybírám*

pro mě vhodná jídla. někdy si vyberu i něco z české kuchyně“ (I3). Proband I4 uvedl, že má rád maso. Zdůraznil, že ne vepřové. V domácnosti často vaří jeho partnerka, která ho naučila konzumovat některá česká jídla. „Já mám rád maso, samozřejmě ale ne vepřové. Často doma vaří partnerka. Ta mě docela naučila na česká jídla. Snaží se mi je přizpůsobovat, takže všude nahrazuje vepřové maso třeba kuřetem nebo hovězím“ (I4). V jídelníčku probanda I1 převažuje zelenina. „Nejradši mám asi zeleninu a ovoce. To jím na všechny způsoby. Maso samozřejmě jím také, ale ne v takové míře“ (I1).

Podkategorie 2 Stolování

Na otázku stolování neexistovala mezi probandy jednoznačná odpověď. Pokud je možnost, preferují probandi stolování s ostatními členy domácnosti. Vzhledem ke svým pracovním povinnostem se ale mnohdy stravují nepravidelně a sami.

Podkategorie 3 Vztah k české kuchyni

Nikdo z probandů nemá k české kuchyni jednoznačně negativní vztah. Probandi I3, I4 a I5 konzumují česká jídla dokonce velice často. Proband I4 má rád jídla, která mu vaří jeho partnerka, která je Češka. „*Jak jsem říkal, doma často vaří partnerka, takže česká jídla mám rád“ (I4). Proband I5 je české národnosti, a tak uvedl, že mnoho českých jídel konzumuje nadále i po svém konvertování k islámu. Jen je dle jeho slov třeba některé recepty upravit. „Jsem Češka, žiji tu celý život. Ačkoli jsem muslimka, tak některá česká jídla nepřestanu mít ráda. Jen to chce vybírat anebo je trošku přizpůsobit. Třeba často vařím kuřecí řízky, kuřecí polévku, dokonce i hovězí guláš“ (I5). Proband I3 se stravuje v nemocniční jídelně, kde si mnohdy vybírá česká jídla. Proband I1 a I2 se české kuchyni zcela nebrání, ale nevyhledávají ji. Proband I1 vypověděl, že v průběhu školní docházky navštěvoval školní jídelnu, kde byla možnost výběru z několika jídel, a tak si mohl vždy něco vybrat. Na české kuchyni probandovi I1 nevyhovuje časté užívání právě vepřového masa a její nezdravost. „Když jsem chodila do školy, tak jsem jedla normálně ve školní jídelně. Naštěstí jsme ale mívali na výběr z více jídel, tak jsem si vždy něco vybrala. Ne, že by mi česká kuchyně nechutnala, ale často vaří právě z vepřového, navíc je na mě hodně těžká“ (I1). Proband I2 přiznal, že příležitostně navštěvuje české restaurace. Vždy si je schopen některé jídlo vybrat. „Občas s rodinou nebo kolegy jdeme do české restaurace. Dá se vybrat. Vysloveně to ale nemusím“ (I2).*

Podkategorie 4 Nevhodná jídla

Všichni probandi shodně uvedli, že nekonzumují vepřové maso. Zde se jednalo o první reakci všech probandů. Nikdo z probandů nekonzumuje uzeniny. Proband I1 zavzpomínal na dětství, kdy mu svačiny chystala matka, která není muslimské víry. V tu dobu prý stravu proband I1 neřešil. V současnosti nakupuje proband I1 v běžných obchodech a u produktů sleduje složení, zda neobsahuje nic nepovoleného. *„Když jsem byla mladší, maminka mi často chystala svačiny do školy. Rohlík se šunkou. Normálně jsem to jedla. Teď, když jsem se sama rozhodla, že vidím svůj život v islámu, tak si více hlídám, co jím. Ne že bych nenakupovala v normálních obchodech. Koukám ale na složení, zda výrobek neobsahuje nic původně z vepřového“* (I1). Podobně odpověděl i proband I5, který uvedl, že do svého konvertování se stravoval zcela bez rozmyslu. Nyní si u všech produktů kontroluje složení. Proband I3 uvedl, že většinu potravin nakupuje v halal prodejnách, kde má jistotu, že se jedná o vhodné složení. Přiznává však, že některé potraviny nakupují v běžných obchodech. *„Potraviny nakupujeme často v halal prodejnách. Ostatní věci a některá jídla kupujeme v běžných obchodech“* (I3).

Na otázku konzumace alkoholu byly odpovědi mírně rozdílné. Alkohol striktně nekonzumují probandi I2 a I5. Proband I1 a I3 přiznali jisté výjimky. Proband I1 vypověděl, že ještě nedávno občas alkohol pil. Vše přisuzuje tlaku okolí a okolnostem. Nyní alkohol nepije *„Když mi bylo devatenáct, měla jsem takové bouřlivější období, kdy jsem končila střední školu a hlásila se na vysokou. Kolem mě byla spousta večírků. V tu dobu jsem několikrát alkohol pila. Vše se ale nějak uklidnilo. Já si urovnala priority“* (I1). Proband I3 přiznal, že si občas dopřeje sklenku piva. Dle jeho slov v tom vidí cosi zdravého. *„Alkohol doma nepijeme. Občas si ale dopřeji skleničku českého piva. Maximálně vypiji jedno malé pivo. Není to tolik, aby mě to jakkoli ovlivnilo. Zastávám ale názor, že troška piva je zdravá“* (I3). Proband I4 vypověděl, že alkohol v jisté míře konzumuje. *„Netvrdil bych, že alkohol piji pravidelně. Nikdy se neopíjím. S partnerkou si ale občas otevřeme dobré víno. Dám si tak jednu skleničku na chuť“* (I4).

Kategorie 3 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Hospitalizace

Proband I1 byl hospitalizován jen jednou na ortopedickém oddělení po operaci vazů kolene. Proband I2 byl hospitalizován po porodu na gynekologickém oddělení a na

oddělení plastické chirurgie po plastické operaci. Probandi I3 a I4 byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení, proband I3 po operaci jater a proband I4 po operaci varixů. Proband I5 byl hospitalizován na oddělení ORL po operaci štítné žlázy a jednou na oddělení gynekologie po porodu.

Podkategorie 2 Přístup sester

Pouze probandi I3 a I4 uvedli, že byli při příjmu dotázáni na jejich stravovací specifika. Proband I3 byl dotázán hned při přijetí do nemocnice na své stravovací zvyklosti. Jeho požadavkům bylo vyhověno. *„Při příjmu se mě sestra ptala, zda mám nějaké zvláštnosti ve stravování. Tak jsem jí řekl, co všechno nejím. Řekla, že mi to napíše do diety a po výkonu že za mnou přijde dietní sestra“* (I3). Stejně tak byl hned při příjmu dotázán i proband I4. Přisuzuje to svému vzhledu, který dle něj vypovídá o tom, že je cizinec. *„Ptali se mě v nemocnici hned při nástupu. Možná to bylo tím, že viděli, že vypadám jako cizinec“* (I4). Ostatních probandů se nikdo automaticky nezeptal. Probandi I1 a I5 uvedli, že personál sami upozornili na potřebu úpravy diety. Proband I5 vypověděl, že sám požádal o úpravu stravy po tom, co mu byla naservírována šunka. Dále uvedl, že upozornil personál a byla mu tedy nabídnuta vegetariánská strava. Při druhé hospitalizaci proband I5 sám ihned vyžadoval vegetariánskou úpravu stravy. *„Když jsem ležela v nemocnici po porodu, tak hned první jídlo byla šunka s pečivem. V tu chvíli mi došlo, že vlastně nevědí, že to nejím, tak jsem to nahlásila. Nabídli mi vegetariánskou stravu. To mi nevadilo, takže jsme našli kompromis. Když jsem šla do nemocnice podruhé, už jsem věděla, že to mám říct“* (I5). Stejně jako proband I5, tak i proband I2 upozornil personál na svá stravovací specifika až poté, kdy dostal k jídlu masný výrobek. Proband I1 dokonce sám vyžadoval vlastní domácí stravu, což mu bylo umožněno. *„Já v nemocnici ihned hlásila, že nejím vepřové a uzeniny, že bych byla ráda, kdybych mohla mít stravu vlastní, naštěstí s tím nebyl problém“* (I1).

Podkategorie 3 Stolování

Probandi I1, I3 a I5 se shodují v tom, že jim bylo nepříjemné stolování s ostatními pacienty. Proband I5 odmítal chodit do jídelny a vyžadoval stravování na pokoji. *„V nemocnici si člověk pořád připadá tak nějak nahý, i když má župan nebo pyžamo. Nelíbilo se mi tedy chodit do jídelny, kde byli i ostatní pacienti. Jídlo jsem si nechávala nosit na pokoj“* (I5). Proband I3 také odmítal jíst mezi ostatními, jelikož se cítil

nedůstojně. „*Já jsem odmítal jíst v jídelně. Měl jsem dobu cévku a drén, takže jsem mohl být jen v andělu. Polonahý přece nemohu stolovat s ostatními*“ (I3). Pouze probandi I2 a I4 se hromadnému stravování nebránili. Proband I2 uvedl, že mu nevadilo společné stolování kvůli stejnému pohlaví všech pacientů na oddělení. V případě přítomnosti mužů by byla prý situace jiná. „*Tím, že jsem ležela vždy na odděleních, kde byly jen ženy, tak mi nevadilo jíst společně s ostatními. Situace by byla asi jiná, kdyby tam leželi i muži. To bych raději jedla odděleně*“ (I2). Proband I4 neviděl ve společném stolování problém. „*Mně to asi nevadilo. Vyzvali nás na večeři, tak jsem se oblékl a šel do jídelny* (I4). Zajímavá byla odpověď probanda I3, který uvedl, že si s sebou vždy nosí vlastní příbor, jelikož u cizího příboru nemá jistotu, že je čistý. „*Nevím, jak moc dobře se nádobí myje, a tak si radši nosím vlastní příbor. Někdo s tím mohl přede mnou krájet cokoli, co nejím*“ (I3).

Podkategorie 4 Strava

Probandi I2 a I3 uvedli, že jim nemocniční strava příliš nevyhovovala. Proband I3 ocenil snahu nemocnice vyhovět jeho stravovacím specifikům. Problém ale vidí v tom, že u mnoha jídel si nemůže být jist, že se skutečně nejedná o zakázanou potravinu. Jako příklad uvádí bujón a mleté maso. „*Se stravou v nemocnici byl trochu problém. Sice mě ihned navštívila slíbená dietní sestra, se kterou jsme probrali úpravu stravy, ale jídlo se nedalo jíst. Je mi jasné, že po operaci jater, kterou jsem podstoupil je nutná určitá dieta. Takže jsem nejdřív dostával přesnídávky a pitíčka. Potom bujón, ten jsem nejedl. Říkali, že je zeleninový, ale už si nemohu být jistý. Když jsem později dostal mleté maso a kaši, tak maso mělo být také kuřecí, to ale opět nemohu vědět. Nemocnice se určitě snažila, ale dietní systém není podle mě na muslimy připravený*“ (I3). S jídlem byl nespokojen i proband I2. Za nedostatek v úpravě stravy považoval stejně jako proband I3 nejistotu ve složení pokrmu. „*Když jsem oznámila, že nejím vepřové, ani masné výrobky jako párky, šunky a podobně, tak zde určitá snaha od personálu o úpravu jídelničky byla. Přijde mi ale, že to moc nechápu. Například jsem dostala zapečené těstoviny s masem. Já ale nevím, co je to za maso, a tak to nemohu jíst*“ (I2). Proband I5 měl v průběhu hospitalizace vegetariánskou úpravu stravy. Ta mu dle jeho slov relativně chutnala. Při druhé hospitalizaci musel proband I5 dodržovat tekutou dietu. „*Moc dlouho jsem nikdy v nemocnici nebyla. Poprvé, to když mi byla podávána vegetariánská strava, tak se to docela dalo. Jídlo bylo trochu bez chuti, ale nevadilo mi to. Když jsem byla v nemocnici podruhé, tak jsem kvůli operaci musela jíst tekutou*

stravu asi dva dny. Nějaké nutridrinky, přesnídávky, jogurty, pudinky. Pak jsem šla domů, takže se nemohu moc vyjadřovat“ (I5). Proband I1 měl stravu vlastní, a tak nemohl věc posoudit. Proband I4 byl v nemocnici pouze dva dny, a tak se k otázce nemocniční stravy příliš nevyjadřoval. „Měl jsem v nemocnici jenom večeři a snídani. Obojí bylo pečivo se sýrem. Ostatní měli šunku, já dostal o sýr navíc, to mě pobavilo“ (I4).

Podkategorie 5 Praktikování víry, kultury

Všichni probandi by shodně uvítali větší povědomí zdravotnického personálu o islámu a specifikách při ošetřování muslimů. Na otázku ohledně modlení v průběhu hospitalizace byli odpovědi různé. Většina probandů se modlila i v průběhu hospitalizace. Proband I1 uvedl, že vzhledem v samostatnému pokoji měl pro modlitbu soukromí. Proband I1 dále vypověděl, že se necítil být tak nemocný, aby mohl být povinnosti modlitby zproštěn. „Když jsem se potřebovala v nemocnici pomodlit, nebyl s tím problém. Na pokoji jsem byla sama, když byl klid, využila jsem ho k modlitbě. Alláh po nemocných nechce, aby se modlili, já ale nebyla podle mě nemocná, jen jsem musela ležet, to mě neomlouvá“ (I1). I proband I2 se modlil během pobytu v nemocnici. Přiznává, že někdy provozoval modlitbu jen v duchu vleže. „Ano, v nemocnici jsem se modlila. Je jedno jak a jak často. Někdy i jen v duchu na posteli. Patří to ale k životu“ (I2). Proband I3 měl před zákrokem pocít nedostatku soukromí pro modlitbu. Za pomoci personálu mu bylo ale umožněno se v soukromí pomodlit. Po výkonu byl proband I3 dle jeho slov zbaven povinnosti modlitby. „Když jsem šel do nemocnice, chtěl jsem si zaplatit nadstandartní pokoj, právě abych byl sám. Bohužel ale nebyl k dispozici. Před operací jsem se musel pomodlit víckrát. Problém byl kde, všude byli lidi. Poprosil jsem personál, zda bych mohl být chvíli sám alespoň na jídelně. Naštěstí byly sestry ochotné a nechaly mě vždy samotného chvíli na jídelně, kde byl klid. Po operaci je situace jiná, to se modlit nemusím, když jsem nemocný“ (I3). Všichni probandi ženského pohlaví kladli důraz na své zahalování. Probandi I1 a I5 vyžadovali mít při operaci zakryté vlasy. Probandovi I5 byla ze strany personálu nabídnuta alternativa v podobě sálové čepice. „Je mi jasné, že nemohu jet na sál v šátku, ale bez jakéhokoli zakrytí to pro mě nejde. Personál mi nabídl nějakou sálovou čepici, to bylo vcelku přijatelné řešení“ (I1). I probandovi I5 bylo nabídnuto podobné řešení. „Na sál mi dovolili jet v šátku, tam jsem ho ale musela sundat a nasadili mi takovou čepičku“ (I5). Proband I2 si vlasy běžně nezakrývá, a tak ani v nemocnici neměl na zakrytí hlavy

zvláštní požadavky. Probandi I1, I2 i I5 uvedli, že na sál byli převáženy v jednorázovém sálovém oblečení. „*Ostatní pacienti, co jsem tak zjistila, jezdili na sál nazí, i když schovaní pod dekou. To jsem tedy odmítla. Před operací jsem se měla obléci do takového toho sálového oblečku*“ (I2). Nikdo z probandů nekladal speciální požadavky na pohlaví personálu. „*Tak vím, že v nemocnici je valná většina sester, je nereálné, abych chtěl, aby se o mě starali muži. Sám jsem lékař, a tak mám na věc reálný pohled*“ (I3). V některém ohledu se shodovaly odpovědi probanda I2 a I5. Proband I5 si je vědom, že v některých situacích není možné klást nároky na pohlaví zdravotnického personálu. Pokud má ale možnost výběru, preferuje zdravotnické pracovníky stejného pohlaví. „*Když jsem si vybírala gynekologa, chtěla jsem, aby to byla žena. V některých případech si ale vybírat nemohu*“ (I5). I proband I2 vypověděl, že v případě akutního stavu by si lékaře nevybíral. „*Třeba v porodnici jsem chtěla mít lékařku, to samé i při operaci prsou. Kdyby mě ale chytil třeba zánět slepého střeva a šlo by o čas, vybírat si nebudu*“ (I2). Nikdo z našich probandů nebyl hospitalizován v době ramadánu. Všichni probandi se ale shodli na tom, že pokud by to jejich zdravotní stav dovoľoval, trvali by během hospitalizace na jeho dodržování.

4.4 Vyhodnocení výsledků souboru AD – vyznavači pravoslaví

4.4.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AD

Tabulka 7 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru AD

	věk	pohlaví	Země původu	Pobyt v ČR	zaměstnání	bydlení
P1	44	žena	Ukrajina	12 let	mateřská dovolená	rodina
P2	59	muž	Ukrajina	18 let	zedník	rodina
P3	46	žena	Ukrajina	20 let	uklízečka	rodina
P4	40	žena	Rusko	10 let	prodavačka	rodina
P5	39	muž	Ukrajina	4 roky	dělník	spolubydlení

(zdroj vlastní)

Proband P1 je žena ve věku 44 let. Narodila se na Ukrajině a v České republice žije 12 let. Bydlí v bytě v Praze s manželem a synem. Momentálně je na mateřské dovolené. Z předchozího vztahu má dceru ve věku 26 let, která žije sama. Proband P2 je 59letý muž. Narodil se na Ukrajině a v České republice žije 18 let. Bydlí v bytě s manželkou stejné národnosti. Proband P2 se živí jako zedník. Spolu s manželkou mají jednu dceru ve věku 22 let, která s nimi již nežije. Proband P3 je žena ve věku 46 let původem z Ukrajiny. V České republice žije 20 let a živí se jako uklízečka. Bydlí v bytě s manželem stejné národnosti. Společně mají syna ve věku 9 let. Proband P4 je žena ve věku 40 let původem z Ruska. V České republice žije 10 let a živí se jako prodavačka v prodejně ruských potravin. Bydlí ve společné domácnosti s partnerem ukrajinské národnosti, děti nemají. Proband P5 je 39letý muž, který pochází z Ukrajiny. V České republice žije 4 roky. Pracuje jako dělník na stavbě. Deset měsíců v roce je v Čechách a zbylé dva měsíce tráví doma na Ukrajině. Během pobytu v naší republice bydlí na ubytovně společně s dělníky stejné národnosti.

4.4.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru AD – vyznavači pravoslavi

Tabulka 8 Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru AB

Náboženství	Praktikování víry
	Svátky a půsty
Stravování	Jídelníček
	Stolování
	Vztah k české kuchyni
Zkušenosti s hospitalizací	Hospitalizace
	Přístup sester
	Stolování
	Strava
	Praktikování víry, kultury

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Náboženství

Podkategorie 1 Praktikování víry

Všichni probandi se shodují v tom, že chodí do kostela. Rozchází se však ve frekvenci svých návštěv kostela. Probandi P2, P3 a P4 tvrdí, že kostel navštěvují každou neděli. „Do kostela chodíme společně s rodinou každou neděli. Po návštěvě kostela následuje společný oběd s rodinou a blízkými“ (P2). Probandi P1 a P5 uvádějí, že do kostela chodí jen občas, a to zhruba dvakrát ročně v souvislosti s velkými pravoslavnými svátky. Z probandů uvedli pouze probandi P2 a P3, že se modlí i doma. Proband P2 několikrát během dne a před každým jídlem. Proband P3 se s rodinou modlí pouze před společným stolováním.

Podkategorie 2 Svátky a půsty

Probandi P2, P3 a P5 striktně dodržují veškeré půsty v souvislosti s pravoslávím. Proband P4 uvedl, že dodržuje Velký půst před Velikonocemi, jiné půsty však nedrží. Proband P1 půsty nedodržuje vůbec. Proband P2 uvádí, že během sedmítýdenního půstu před Velikonocemi je pouze dvakrát povoleno konzumovat rybu.

Kategorie 2 Stravování

Podkategorie 1 Jídelníček

Nepravidelně se stravují probandi P2, P3, P4 a P5. Probandi P2 a P5 uvedli, že se stravují pouze dvakrát denně, kdy den začínají pouze kávou. Oba dva uvedli, že obědy mají v pracovní dny studené a vydatnějším jídlem je pro ně večeře. O nedělích, kdy se schází s rodinou a přáteli, stejně jako ostatní probandi považují za hlavní jídlo oběd, který je v tyto dny nejvydatnější. Proband P3 uvedl, že doma vaří pro svou rodinu vždy teplou večeři. O oběd se většinou nestará, jelikož se syn stravuje ve škole a manžel v práci. Sám proband P3 se stravuje asi třikrát denně, kdy během dopoledne jen něco malého zakousne, následuje odpolední svačina a poté vydatná společná večeře s rodinou. Proband P4 se stravuje nepravidelně, u večeře se ale schází s partnerem. Večeři oba preferují teplou. Proband P1 jako jediný uvádí, že se stravuje pravidelně pětkrát denně, kdy za hlavní jídlo dne považuje oběd. Doma pro svou rodinu vaří a k večeři preferuje teplé jídlo.

Mezi probandy byla mírná preference kuřecího masa. Všichni shodně uvádějí, že nejčastěji konzumují drůbeží pokrmy. *„Nejčastěji vařím z kuřete. Občas to proložím vepřovým masem. Rybu jíme jen výjimečně“* (P1). *„Asi nejvíce jíme kuřecí maso. Rybu moc ne. Tu si šetříme na půst“* (P2).

Podkategorie 2 Stolování

Všichni probandi se shodují v tom, že pokud je to možné, stolování probíhá se všemi členy domácnosti u jednoho stolu. Probandi P2 a P3 shodně udávají, že se před společným jídlem vždy pomodlí.

Podkategorie 3 Vztah k české kuchyni

Všichni probandi se shodují, že jim česká kuchyně chutná a doma česká jídla vaří. Probandi P1, P3 a P4 rádi navštěvují české restaurace, a to společně se svou rodinou. Proband P3 uvedl, že české restaurace navštěvují mnohdy s rodinou ku příležitosti společných výletů. *„S manželem a synem chodíme do českých restaurací relativně často. O víkendech podnikáme společné výlety a při té příležitosti často jdeme na oběd do restaurace“* (P3). Proband P4 navštěvuje české restaurace se svým partnerem, většinou na večeři. *„Občas chodíme s přítelem na víno nebo na dobrou večeři. Česká kuchyně nám chutná. Není moc jiná od naší“* (P4). Proband P2 uvedl, že české restaurace nenavštěvuje. Vadí mu hluk a přítomnost mnoha dalších lidí. *„Českou kuchyni mám rád, ale do restaurací nechodím. Je tam rámus a já mám na jídlo rád klid“* (P2). Proband P5 tvrdí, že do českých restaurací zajde jen občas, a to většinou s kolegy na oběd.

Kategorie 3 Zkušenosti s hospitalizací

Podkategorie 1 Hospitalizace

Proband P1 byl hospitalizován pouze jednou, a to v souvislosti s porodem. Proband P2 byl koncem loňského roku týden hospitalizován po operaci páteře. Probandi P3 a P4 byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení v průběhu minulých čtyř let, a to z důvodu operace slepého střeva a žlučníku. Proband P5 byl hospitalizován se zlomeninami žeber.

Podkategorie 2 Přístup sester

Probandi P1, P2, P3 a P5 shodně tvrdí, že se jich nikdo při příjmu automaticky nezeptal na jejich stravovací specifika. Proband P5 uvedl, že když byl hospitalizován v období držení půstu, kdy odmítal podávanou stravu, byl dotázán na důvod nekonsumace podávaných jídel. Po zjištění příčiny mu byl ve spolupráci s nutričním terapeutem jídelníček upraven. *„Jednou, když jsem si zlomil žebra a musel jsem do nemocnice, tak byl zrovna Velký půst. Často bylo k jídlu maso nebo něco z masa. Nejedl jsem to. Asi po dvou dnech se mě jedna sestra zeptala, proč nejím, tak jsem říkal, že držím půst. Zavolali za mnou nějakou dietní sestru a s tou jsme pro mě vybrali jídelníček“* (P5). Vzhledem k tomu, že ostatní probandi nebyli hospitalizováni v průběhu půstu, neměli žádné speciální nároky na stravování v nemocnici. Proband P4 jako jediný uvedl, že byl při příjmu dotázán na stravovací specifika v závislosti na jeho kultuře. Jelikož se zrovna nejednalo o období půstu, tak neměl na podávanou stravu žádné nároky. *„Ihned, jak jsem nastoupila do nemocnice, tak se mě sestra při příjmu ptala, jestli mám nějaké zvláštnosti ve stravování. Říkala jsem jí, že to jenom v období půstu, a to, že teď není, tak at' si s tím neláme hlavu“* (P4). Přístup zdravotnických pracovníků všichni probandi hodnotili velice kladně a nesetkali se s žádným problémem, který by souvisel s rozdílností kultur.

Podkategorie 3 Stolování

Probandi P2 i P3 se shodují, že jim bylo v době hospitalizace nepříjemné hromadné stolování s ostatními pacienty ve společné místnosti. Jako důvod proband P2 uvedl preferenci klidu a soukromí. *„Jak jsem říkal, na jídlo mám rád klid. V nemocnici po mně chtěli, abych chodil do jídelny. To jsem odmítl“* (P2). Ostatní probandi neměli ke stolování v nemocnici připomínky.

Podkategorie 4 Strava

Probandi P2, P3, P4 a P5 tvrdí, že jim v nemocnici chutnalo. Proband P2 uvedl, že v nemocnici, kde byl hospitalizován, měl možnost výběru vždy ze tří jídel na následující den. Proband P1 nebyl spokojen s podávanou stravou, dle něj byla nedochucená. *„Vzhledem k tomu, že hodně a ráda vařím, tak jsem trošku vybíravá. Jídlo v nemocnici mi moc nechutnalo. Nemělo to žádnou chuť“* (P1).

Podkategorie 5 Praktikování víry, kultury

Probandi P2, P3, P4 i P5 by rádi dodržovali půst i v době hospitalizace. Shodují se však v tom, že pokud jejich stav vyžadoval například zvýšený příjem bílkovin, byli by ochotni v rámci zachování zdraví od půstu ustoupit. „*Kdyby to šlo, rád bych dodržoval půst i v nemocnici. Je mi ale jasné, že někdy to vzhledem k hojení není možné, a tak bych klidně přistoupil na nějaký kompromis.... Navíc, naše víra z povinnosti držení půstu uvolňuje nemocné*“ (P2). Proband P1 půst nedodržuje, a tak by během hospitalizace nekladal žádné speciální nároky na praktikování víry.

4.5 Vyhodnocení výsledků souboru B – všeobecné sestry

4.5.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru B

Tabulka 9 Identifikační údaje výzkumného souboru B

	Oddělení	Délka praxe	Vzdělání
S1	Nemocnice 1 - chirurgie	6 let	vysokoškolské
S2	Nemocnice 1 - interna	5 let	vysokoškolské
S3	Nemocnice 2 - chirurgie	7 let	vysokoškolské
S4	Nemocnice 2 - interna	13 let	středoškolské
S5	Nemocnice 3 - chirurgie	6 let	vysokoškolské
S6	Nemocnice 3 – interna	5 let	vysokoškolské
S7	Nemocnice 4 – chirurgie	14 let	středoškolské
S8	Nemocnice 4 – interna	16 let	středoškolské
S9	Nemocnice 5 – chirurgie	7 let	vysokoškolské
S10	Nemocnice 5 - interna	10 let	vysokoškolské

(zdroj vlastní)

Proband S1 je sestra z chirurgického oddělení nemocnice 1. V oboru pracuje 6 let, z toho 3 roky na daném oddělení. Její vzdělání je vysokoškolské. Proband S2 je sestra – muž z interního oddělení nemocnice 1. V oboru pracuje 5 let, a to celou dobu na daném oddělení. Vzdělání má vysokoškolské. Proband S3 je sestra z chirurgického oddělení nemocnice 2, která pracuje v oboru 7 let, a z toho 2 roky na daném oddělení. Proband

S4 je muž – všeobecná sestra, který pracuje 13 let na interním oddělení nemocnice 2. Probandi S5 a S6 pracují v nemocnici 3 po dobu 6 a 5 let. Po celou dobu na oddělení chirurgickém a interním. Oba mají vysokoškolské vzdělání. Proband S7 je všeobecná sestra – muž, který pracuje na chirurgickém oddělení nemocnice 4. Na daném oddělení působí 5 let. Proband S8 působí na interním oddělení téže nemocnice 3 roky. Oba mají vzdělání středoškolské. Proband S9 je všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním, která pracuje 5 let na chirurgickém oddělení nemocnice 5. V téže nemocnici pracuje i všeobecná sestra – proband S10, která má vysokoškolské vzdělání a pracuje na interním oddělení 2 roky.

4.5.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru B – všeobecné sestry

Tabulka 10 Seznam kategorií a podkategorií výzkumného souboru B

Znalosti transkulturního ošetřovatelství	Osobnosti
	Specifika minorit
Kontakt s minoritami	Nejčastější minority
	Problémy kontaktu
	Intervence
Spolupráce s nutričním terapeutem	

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Znalosti transkulturního ošetřovatelství

Podkategorie 1 Osobnosti

Všichni probandi dokázali definovat transkulturní ošetřovatelství. Většina probandů zná v souvislosti s transkulturním ošetřovatelstvím pouze jméno Leiningerová. Pouze probandi S1, S2 a S6 dokázali uvést jména alespoň dvou osobností z teorie transkulturního ošetřovatelství. Proband S1 uvedl jako osobnosti Leininger, Davidhizar, Purnella a Papadopoulos, Tilki a Taylor. Proband S2 jmenoval Leininger, Davidhizar a Purnella. Více však k jejich teoriím uvést nedokázali.

Podkategorie 2 Specifika minorit

Probandi byli dotázáni, zda si vybavují některá stravovací specifika vázaná k některé kultuře. Proband S1 uvedl, že se setkává v nemocnici občas s pacienty z Ukrajiny. Ví o nich, že několikrát do roka drží půst „*Často se v práci setkávám s Ukrajinci. Ti drží několikrát do roka půst*“ (S1). Kdy se ale půsty drží a co to znamená proband S1 nevěděl. Dále proband S1 zmínil vyznavače islámu, se kterými se v práci párkrát setkal a o kterých ví, že nejedí vepřové maso. „*Tak muslimové nejedí vepřové maso. To jsme v práci řešili několikrát*“ (S1).

Proband S2 stejně jako proband S1 uvedl jako příklad vyznavače islámu a jejich odmítání vepřového. Na otázku ohledně stravování Romů a Vietnamců proband S2 odpověděl, že Romové dle jeho názoru konzumují vše a jako hlavní potravinu Vietnamců shledává rýži. „*Tak Romové, ti jedí snad všechno. Jsou hrozně neukáznění. My po nich chceme, aby drželi nějakou dietu a jim se nechce... O Vietnamcích nic nevím, asi mají rádi rýži*“ (S2).

Probandi S3 a S4 si vzpomněli pouze na vyznavače pravoslaví, o kterých vědí, že dodržují půsty. Kdy a jaké ale nevědí. „*Vím, že vyznavači pravoslaví dodržují nějaké půsty, ale nevím kdy*“ (S3). Proband S4 si myslí, že půst v pravoslaví znamená nejíst od rána do večera. Na otázku, zda vědí něco o stravovacích zvyklostech Romů nebo Vietnamců odpověděl proband S4, že Romským pacientům jídlo do nemocnice často nosí rodina. Nemocniční stravu dle jeho slov moc jíst nechtějí. O stravování Vietnamců nemá proband S4 žádnou představu. „*Vietnamci? Tak to nevím... Vůbec... U nás na oddělení moc nejsou. A Romové? Těm u nás nosí jídlo rodina. Jídlo od nás moc jíst nechtějí*“ (S4). Proband S5 si nevzpomněl na žádná stravovací specifika vázaná k nějaké kultuře či náboženství. Na doplňující otázku, zda má představu o stravování například muslimů odpověděl, že ví, že nejedí vepřové maso. O zástupcích vietnamské minority si myslí, že neradi konzumují české pokrmy a že v nemocnici preferují domácí stravu. „*Myslím si, že Vietnamci mají raději svoje jídlo. To je tak odlišné od české kuchyně, že jim jídlo v nemocnici chutnat nemůže. I jsem se často setkala s tím, že Vietnamcům jídlo nosili příbuzní*“ (S5). Proband S6 uvedl odmítání vepřového masa muslimy. O pravoslaví a půstech s ním souvisejícími ale nic nevěděl. Ve své práci se setkává s příslušníky vietnamské minority, a tak shodně jako proband S5 tvrdí, že preferují domácí stravu. „*Když u nás leží na oddělení Vietnamci, tak jim jídlo nosí často rodina. Jídlo od nás ale klidně jedí*“ (S6). Probandi S7 a S8 shodně uvedli jako nejvýraznější specifikum ve stravování odmítání vepřového masa vyznavači islámu.

„Jediné, co vím je, že muslimové nejedí vepřové“ (S7). Proband S8 si dále vzpomněl na dodržování půstů v pravoslavné víře. „Kolem Velikonoc je nějaký pravoslavný půst. Takže když v tu dobu přijímáme Ukrajince nebo Rusy, tak se jich radši ptám, co jedí“ (S8). Proband S9 vyjmenoval specifika v islámu a půsty v pravoslaví. Proband S10 uvedl jako příklad pouze islám.

Kategorie 2 Kontakt s minoritami

Podkategorie 1 Nejčastější minority

Probandi S1 i S2 uvedli, že na oddělení přicházejí nejčastěji do styku s Romy, dále s Ukrajinci a Vietnamci a občas s vyznavači islámu. Probandi z nemocnice 2, tedy probandi S3 a S4, se nejčastěji setkávají s Romy a vyznavači pravoslaví. S jinými minoritami do kontaktu nepřicházejí. Probandi S5 a S6 se setkávají relativně často s pacienty z vietnamské minority, jiné minority si neuvědomují. Probandi S7 a S8 se setkávají nejčastěji s pacienty, kteří jsou vyznavači islámu. Občas přicházejí do kontaktu s Romy a pacienty, kteří vyznávají pravoslaví. Probandi S9 a S10 shodně tvrdí, že v práci do kontaktu s minoritami příliš nepřicházejí. Vybavují si jen pár případů, kdy byl hospitalizován Rom, nebo někdo ukrajinské, či ruské národnosti. O jejich víře však nemají informace.

Podkategorie 2 Problémy kontaktu

Většina probandů, tedy probandi S1, S2, S3, S4, S7, S8 a S9 uvádí jako příklad problémů kontaktu zkušenost s hospitalizovanými Romy. Proband S3 uvedl, že častým problémem jsou početné romské návštěvy. „Často máme problém s početnými romskými návštěvami. Ostatní pacienti to ruší. Oni ale nejsou schopní pochopit, že jich nemůže být tolik na jednom pokoji“ (S3). V početných návštěvách vidí problém i probandi S1 a S2. Proband S4 vypověděl, že má špatnou zkušenost s hospitalizací romských žen, u kterých se několikrát setkal s konfliktním chováním v případě, kdy nebylo pacientkám dobře, nebo měly bolesti. Proband S9 zmínil jako častý konflikt s hospitalizovanými Romy jejich nedodržování léčebného režimu. „Vím, že je často problém, když u nás leží Rom. Často tito pacienti neposlouchají. Pořád jim říkáme, že nemají kouřit, anebo jíst to, co jim rodina nosí, oni si ale dělají, co chtějí“ (S9). Stejně se vyjádřili i probandi S7 a S8, kteří shodně tvrdí, že romští pacienti mnohdy neposlouchají jejich doporučení. Probandi, kteří se setkávají ve své praxi s muslimy, se

často shodují v problémech ohledně intimity a stravování. Proband S1 uvedl, že se setkal s nelibostí muslimské ženy odjet na operační výkon bez zahalení. Proband S1 sdělil, že ženě bylo poskytnuto sálové oblečení. „*Pamatuji si pár případů, kdy u nás ležela muslimka. Když jela na sál, sháněli jsme pro ni sálové oblečení, aby mohla být co nejméně zahalená*“ (S1). Proband S2 zmínil, že při styku s muslimskými pacienty kontaktují nutriční terapeutky, s jejichž pomocí upravují stravu pro daného pacienta. „*Většinou řešíme to, že když u nás leží muslimové a nejedí vepřové, tak kontaktujeme nutriční terapeutky, aby jídelníček pacientům upravili*“ (S2). Proband S7 vidí jako častý problém požadavek hospitalizovaných muslimů na stejné pohlaví ošetřujícího lékaře. Tento problém je dle jeho slov mnohdy vyřešen přítomností manžela muslimské ženy při vyšetření. „*Celkem často u nás na oddělení řešíme problém ohledně ošetřujících lékařů muslimek. Chtějí být ošetřovány ženami, to ale moc nejde. Většinou je ale s nimi na nadstandardu ubytován i manžel. Pokud tam je s pacientkou, je to všechno jednodušší*“ (S7).

Podkategorie 3 Intervence

Na otázku, zda se sestry ptají všech pacientů při příjmu v rámci ošetřovatelské anamnézy na jejich stravovací specifika, odpověděli probandi S1, S3, S4 a S5 že ano. Proband S1 se ptá u příjmu všech pacientů, zda mají ve své stravě nějaké zvláštnosti. „*Když přijímám pacienta, mám takovou naučenou otázku... Jsou nějaké zvláštnosti ve vaší stravě?... Na to se většina pacientů zeptá, co tím myslím, tak říkám, jestli jsou třeba vegetariáni, nebo jestli drží nějaký půst, nebo prostě cokoli, co by vyžadovalo úpravu jídelníčku*“ (S1). Proband S3 uvedl, že se dotazuje všech pacientů. Důvodem je jeho předchozí zkušenost s tím, že byly určité stravovací zvyklosti pacientů přehlédnuty. „*Všech pacientů se u příjmu raději ptáme. Už se párkrát stalo, že pacient řekl po několika dnech, že je vegan, a to pak byl problém*“ (S3). Probandi S2, S7 a S8 uvedli, že se neptají všech, ale jen vybraných pacientů. „*Upřímně, všech se určitě neptám. Ale když třeba přijde náhodou Asiat, nebo někdo tmavší pleti, tak se raději zeptám*“ (S8). Probandi S6, S9 a S10 shodně uvedli, že se na informace ohledně specifik stravování pacientů neptají. Proband S9 vidí důvod v tom, že se při své práci se zástupci minorit mockrát neseťkal. „*Možná je to chyba, ale na stravovací specifika se pacientů neptám. Asi je to dané tím, že jsem se s tím mockrát neseťkala*“ (S9). Probanda S10 zajímají jen informace sloužící ke zjištění rizika malnutrice. „*Na toto se pacientů neptáme. Zajímá mě, jestli člověk nezhubl, nebo jestli jí v normálním množství. Co ale rád jí nebo nejí, to*

nezjišťují“ (S10). Všichni probandi se shodují v tom, že pokud by něco takového zjistili, kontaktovali by nutričního terapeuta.

Kategorie 3 Spolupráce s nutričním terapeutem

K této otázce se překvapivě všechny sestry vyjádřily kladně. Shodují se v tom, že v nemocnicích, v nichž pracují, je dobrý systém komunikace, a tudíž mohou být požadavky pacientů na stravování vhodně a rychle uspokojeny. Všichni probandi uvedli, že kontaktují nutriční terapeuty při riziku malnutrice pacientů a při potřebě individuální úpravy stravy.

4.6 Vyhodnocení výsledků souboru C – nutriční terapeuti

4.6.1 Identifikační údaje probandů výzkumného souboru C

Tabulka 11 Identifikační údaje výzkumného souboru C

	Délka praxe	Dosažené vzdělání
N1	10 let	Vyšší odborné – Dis.
N2	2 roky	Vysokoškolské – Mgr.
N3	5 roky	Vysokoškolské – Bc.
N4	1 rok	Vysokoškolské – Mgr.
N5	4 roky	Vysokoškolské – Mgr.

(zdroj vlastní)

Proband N1 je nutriční terapeut z nemocnice 1. V oboru pracuje 10 let, z toho 6 let v dané nemocnici. Jeho vzdělání je vyšší odborné. Proband N2 je nutriční terapeut působící 2 roky v nemocnici 2. Jeho vzdělání je vysokoškolské, zakončené titulem Mgr. Proband N3 je nutriční terapeut, který pracuje v oboru 5 let, a po celou dobu v nemocnici 3. Jeho vzdělání je vysokoškolské, zakončené titulem Bc. Proband N4 je muž – nutriční terapeut, který pracuje zatím 1 rok v nemocnici 4. Proband N5 pracuje v nemocnici 5 již 4 roky a stejně jako proband 4 má vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr.

4.6.2 Vyhodnocení rozhovorů souboru C – nutriční terapeuti

Tabulka 12 Seznam kategorií výzkumného souboru C

Kontakt s minoritami
Spolupráce se sestrami a lékaři

(zdroj vlastní)

Kategorie 1 Kontakt s minoritami

Probandi N1 a N4 se ve své praxi nejvíce setkávají s vyznavači islámu. Proband N1 uvádí, že se ve svém povolání setkává občas se všemi minoritami. Nejčastěji však řeší problémy plynoucí se stravovacích specifik muslimů. „*V práci vidám skoro všechny menšiny, ale většinou mě volají k muslimům. Tam je potřeba sestavit individuální jídelníček... Jednou se mi stalo, že jsem sestavovala jídelníček pacientovi, který vyznával pravoslaví, bylo to zrovna v období jejich půstu*“ (N1). Proband N4 stejně jako proband N1 nejčastěji řeší stravování vyznavačů islámu. „*Jsem tu jenom chvíli, ale už mě párkrát volali k muslimům. Ti nejedí vepřové a nechtějí ani radši žádné uzeniny. Je to komplikované*“ (N4). Probandi N2 a N5 se shodli, že problematiku stravování minorit řeší v práci jen sporadicky. Nejčastěji jsou ale sestrami voláni ke spolupráci na jídelníčku Romů. Proband N2 se zatím ve své práci s řešením situace stravování minorit nesešel. Uvedl ale, že několikrát řešili případ Romů, kteří odmítali nemocniční stravu. Jako příklad uvedl zkušenost své kolegyně s hospitalizovanými vyznavači pravoslaví. „*Já sám osobně zatím žádný problém plynoucí ze zvláštností kultury neřešila, ale vím, že kolegyně párkrát měla na starosti pacienta, který vyznával pravoslaví a párkrát jsme tu měli několik Romů, kteří nechtěli jít nemocniční stravu*“ (N2). Proband N5 se v odpovědích shoduje s probandem N2. Na svém pracovišti se příliš často nesešel s minoritami. Jako příklad uvedl romské pacienty, kterým se nelíbí dietní opatření. „*S prací s minoritami nemám moc zkušeností. Když už tu leží některá menšina, tak jsou to Romové. Tam vím, že je hrozně těžké je naučit nějakým dietním opatřením. Nelíbí se jim naše doporučení a většinou pak stejně jedí, co chtějí*“ (N5). Proband N3 se často setkává s vietnamskými pacienty. V těchto případech je jeho úkolem edukace pacientů ohledně stravy při propuštění do domácího prostředí. Zde vidí proband N3 problém

v jazykové bariéře. Ten mnohdy řeší přítomností tlumočnicka z rodiny nebo předáním edukačního materiálu. „*U nás v nemocnici máme často hospitalizované Vietnamce. Sestry mě k nim většinou volají až ve chvíli, kdy má jít pacient domů a já ho mám edukovat o tom, co doma má a nemá jíst. Problém je v tom, že mi nerozumí. Bud' tam mají překladatele anebo jim předám edukační leták a oni si ho musí nechat přeložit. V průběhu hospitalizace s nimi většinou nejsou problémy*“ (N3).

Kategorie 2 Spolupráce se sestrami a lékaři

Probandi se většinou shodují v tom, že je spolupráce s ostatními členy týmu dobrá. Probandi N1, N3 a N4 si chválí práci s lékaři. Proband N1 považuje spolupráci s lékaři za lepší než se sestrami. „*Nejlepší zkušenosti mám s mladými lékaři. Ti si často nechají poradit. O spolupráci s námi jeví větší zájem než sestry*“ (N1). Proband N3 tvrdí, že sestry často nemají na komunikaci s nutričními terapeuty čas. „*Pro většinu lékařů je důležitý náš názor. Sestry jsou většinou časově vytížené*“ (N3). Proband N4 uvedl, že se často setkává s tím, že sestry mají k jeho doporučením připomínky. „*Sestry mají často připomínky k našim doporučením, jde třeba o to, že chci, aby dávali pacientům více bílkovinných přísadků... nakonec si ale nechají poradit*“ (N4). Naopak probandi N2 a N5 nehodnotí spolupráci s lékaři kladně a více jim vyhovuje kontakt se sestrami. Proband N2 má pocit, že si lékaři jejich profesi dostatečně neváží. „*Doktoři považují naše povolání za zbytečné. Naše doporučení je nezajímají*“ (N2). Proband N5 si spolupráci se sestrami chválí. „*Se sestrami se mi spolupracuje dobře. Většinou nás volají k opodstatněným případům a naše doporučení si berou k srdci*“ (N5).

5 Diskuze

V první části rozhovoru byli probandi z prvního výzkumného souboru dotazováni na otázky týkající se jejich víry a náboženství. U probandů z řad romské minority bylo ve čtyřech z pěti odpovědí zmíněno křesťanství. Jeden proband se považuje být bez vyznání. Autorky Kaštánková a Balážová (2000) tvrdí, že se většina českých Romů hlásí k římským katolíkům. Autorky dále uvádějí, že Romové vždy byli a dodnes často jsou oddáni Bohu a náboženství chápou v daleko širším slova smyslu než ostatní křesťané. Náboženství a víra jsou pro ně způsobem života. Zajímavý vhled do problému přináší doc. Hübschmannová, která hledá v romské současné duchovní kultuře relikty starších náboženských představ, které pravděpodobně vyznávali před svým odchodem z indické pravlasti před tisíci lety (Mann, 2004). V rozhovoru pro časopis Dingir vedeném A. Hudákovou a Z. Vojtíškem (2004) Hübschmannová a její studenti rozebírají působení archetypů z Indie na současnou spiritualitu Romů. V rozhovoru je zmiňována podobnost Panny Marie s ženskou silou šakti, která se vyskytuje v Indii. I autorky Kaštánková a Balážová (2000) hovoří o sklonech Romů k uctívání kultu ženy. Romové dle autorek uctívají v posledních letech Černou Sáru, ke které vzhlížejí. Hübschmannová považuje uctívání Sáry pouze za archetyp v novém hávu (Hudáková, Vojtíšek, 2004). Dle Kaštánkové a Balážové (2000) je skutečná víra Romů zajímavou symbiózou náboženství majoritní společnosti a vlastních pověr, které si přinesli s sebou z Indie. Romové věří v určitou vyšší sílu, která člověka přesahuje. Boha oslovují formou proseb a chvalozpěvů. Autorky dále zmiňují velkou víru v duchy mrtvých předků, v muly. Mulové mohou být hodní i zlí. Jedná se o duše zesnulých, které navštěvují příbuzné ve snech, dávají rady, nebo dokonce ubližují (Kaštánková, Balážová, 2000). I Mann (2004) poukazuje na přetrvávající relikty předkřesťanského animizmu. I když většina našich probandů tvrdí, že se nemodlí, neprezentují se jako ateisté. Jeden proband byl praktikujícím křesťanem. Tři probandi v existenci Boha věří, ačkoli svou víru neprojektují. Z některých rozhovorů bylo patrné, že může být Bůh chápán jako všeobjímající síla, která tu je, ale nežádá si institucionalizaci. Ačkoli byl jeden z probandů ateista, v rozhovoru zmínil své rodiče, kteří se považují za křesťany a víru praktikují modlitbami k Panně Marii. Zde se nám potvrzuje výše zmiňovaný ženský archetyp. Tvrzení probanda R3, že kostel ke své víře nepotřebuje, se podobá textu autorky Markéty Hajské (2004), která popisuje pasivní vztah Romů

k náboženskému životu. Autorka tvrdí, že velká část Romů navštěvuje chrám Boží pouze při příležitosti křtin, svatby a pohřbu. Hajská (2004) říká, že právě křest je u Romů jakousi magickou záležitostí, která dítě ochraňuje před zlem. V našem výzkumném šetření nám všichni probandi potvrdili, že jsou pokřtěni. Myslíme si, že pasivní vztah Romů k církevnímu životu může být způsoben negativním postojem církve k životu Romů v historii. Jak uvádí Šišková (2001), již ve středověku katolická církev začala poukazovat na to, že se chování Cikánů příliš neshoduje s chováním řádného křesťana, a dokonce vinila Romy z čarodějnictví a bezvěrectví. Zároveň Romové podle nás spatřují v církvi jakéhosi představitele vyšší moci, který jim v případě křtin pomůže ochránit děti před zlem, a v případě pohřbu poskytne zemřelému možnost touženého posmrtného života.

Naši probandi z řad vietnamské minority byli ve čtyřech z pěti případů bez vyznání. Pouze jeden proband se aktivně hlásil k buddhismu. Náboženství je ve Vietnamu rozmanité, přičemž tu dominuje buddhismus. Dalšími náboženskými směry jsou křesťanství, hinduismus i animismus (Ministerstvo zahraničních věcí České republiky, 2019). I autorka Ivanová (2005) tvrdí, že ve Vietnamu existuje několik náboženských směrů, přičemž se nejvíce obyvatel hlásí k buddhismu, dále ke konfucianismu a taoismu, a v menší míře ke křesťanství. Dle Mockové (2007) je u Vietnamců patrný silný vztah k duchovnu a v žádné domácnosti nechybí oltář předků. I autorky Holubová a Michálková (2012) zmiňují, že se u vietnamské populace, bez ohledu na vyznání víry, v každé rodině nachází oltář k uctívání zemřelých. Všichni naši probandi hovoří o kultu předků a síle původu. Oproti tvrzení, že mezi Vietnamci převažují náboženské směry jako buddhismus, konfucianismus, taoismus a další, naši čtyři probandi byli bez konkrétního vyznání. Víru v duchovno připouštěli, avšak bez jakéhokoli náboženského rámce. Podobně vnímají situaci i autorky Pechová a Martínková (2011). Duchovní život Vietnamců je podle nich prostoupen vírou v nadpřirozený svět, která vzešla z dávného animismu. Většina Vietnamců podle autorek považuje za běžnou součást života působení nadpřirozených bytostí, které ovlivňují jejich osud. Vše dohromady tvoří komplikovaný duchovní svět.

Všichni naši probandi z řad vyznavačů islámu o sobě shodně tvrdili, že jsou praktikujícími muslimy. Styl praktikování víry se však u probandů lišil. Jak tvrdí autor Charles (2012), musí se muslimové modlit pětkrát denně. Stejný názor má i autor

Mohammedi et al. (2007). Sardar a Abbas Malik (2004) popisují přesný postup modlitby a jednotlivé formule, které jsou pronášeny. Stejnou informaci nám poskytuje i Abd al-’Átí (2010), který ji doplňuje o nutnost očisty těla před každou modlitbou. Naši probandi nám přiznali, že se mnohdy pětkrát denně nemodlí. Důvodem pro nesplnění jednoho z pilířů islámu bylo především jejich pracovní nasazení, kdy se probandi mnohdy odvolávali na to, že jejich poslání stojí nad povinností modlitby. Dle Kropáčka (2006) muslim, který nemůže modlitbu vykonat, má možnost ji odložit na dobu, kdy ji bude schopen provést, nebo ji může nahradit jen modlitbou vnitřní. Jak říká Štampach (2008), pátek je dnem, kdy jsou modlitby doprovázeny kázáním a čtením z Koránu a kdy věřící navštěvují mešity. Nikdo z našich probandů nenavštěvuje mešitu pravidelně každý pátek. Důvody pro vynechání návštěv modliteben byly totožné s vynecháním modliteb.

Naši probandi se rozcházeli i v otázce zahalování žen. Pouze dva ze tří probandů ženského pohlaví si zahalují vlasy, jeden proband mužského pohlaví vypověděl, že se jeho žena stejně víry zahaluje. Proband, který žije s partnerkou české národnosti a křesťanského vyznání, nemá na zahalování své partnerky žádné požadavky. Dle Kutnohorské (2013) musí být žena oděna tak, aby ji oblečení co nejvíce zahalovalo. Nesmí být vidět její vlasy, holé ruce a nohy. Dále mají ženy zakázáno nosit kalhoty a paruku. Autor Abd al-’Átí (2010) tvrdí, že ženy by měly chodit zahaleny od hlavy, včetně vlasů, ke kotníkům. Minimální verzí zahalení je přitom chimárém – šátek. Jak tvrdí autoři Kopecký a Bahbouh (2014), tak v muslimské společnosti je výrazný rozdíl mezi postavením muže a ženy. Muž zaujímá dominantní postavení a je tak hlavou rodiny, jehož hlavní rolí je chránit a živit svoji rodinu. Oproti muži je postavení ženy založeno na plném podřízení se svému manželovi. Její role spočívá v bytí dobrou manželkou a starání se o manžela a děti (Kopecký a Bahbouh, 2014). Oproti tomu autor Šajch Fadhlalla Haeri (1997) tvrdí, že obecná povaha muže je tvořivá, expanzivní a destruktivní, zatímco žena je intuitivní a pečující. Jejich spojením vzniká harmonie a rovnováha existence. Tím se nám naskýtá pohled, že muž není nadřazen ženě ani žena muži, ale společně tvoří rovnocenný vztah. Různí autoři i věřící mohou vysvětlovat samotný Korán odlišně. Dle autora Badawi (2004) Korán tvrdí, že muž má za povinnost živit svou ženu, přičemž ženy se o své peníze s nikým dělit nemusí. Muž zaujímá dle autora funkci živitele a ochránitele, přičemž ženu je třeba bránit a hýčkat.

Všichni probandi se shodli v tom, že dodržují ramadán. Jmenovány byly ale i okolnosti, za kterých od ramadánu ustupují. Jak tvrdí Abd al-’Átí (2010), během

ramadánu je zakázáno pít, jíst, kouřit, a to od svítání do soumraku. Dle autorů Stojanovičové et al. (2013) je půst v období ramadánu také nástrojem těch bohatších k uvědomění si pocitu hladu a zažití soucitu s chudými lidmi. Půst dle McKennis (1999) musí dodržovat všichni muslimové, ale výjimku tvoří některé skupiny, jako jsou malé děti, staří a nemocní, těhotné a kojící ženy a ženy v období menstruace.

V odpovědích našich probandů jsme se často setkávali s tím, že se v případě vynechání modlitby nebo nedodržení ramadánu odvolávali na to, že by si to Alláh vzhledem k daným okolnostem nepřál. Domníváme se tedy, že mnohými vyznavači islámu je Korán vykládán odlišně a že může být v závislosti na situaci transformován do pro ně přijatelné podoby. Toto zjištění je pro ošetřovatelství klíčové. Pokud je od povinnosti půstu v ramadánu a modlitby zproštěn nemocný člověk, je otázkou, do jaké míry se pacient cítí být nemocný. Není možné automaticky chápat pacienta za zproštěného povinností praktikujícího muslima. Je otázkou vnitřního pocitu každého člověka, jak sám sebe vnímá. Každý člověk je individualitou a v různých situacích vnímá a prožívá jednotlivé věci odlišně. Je tedy za potřebí s pacienty efektivně komunikovat a společně vytvořit plán péče.

U probandů z řad vyznavačů pravoslaví byly odpovědi ohledně víry jednoznačné, lišily se však ve stylu jejího praktikování. Všichni naši probandi se shodli v tom, že chodí do kostela, rozchází se však ve frekvenci jeho navštěvování. Dva z probandů uvedli, že do kostela chodí pouze v souvislosti s velkými pravoslavnými svátky. Zbylí tři probandi navštěvují bohoslužby pravidelně. Autor Self (2008) podrobněji rozebírá funkci modlitby u pravoslavných věřících. Modlitba má v životě křesťana místo oběti, kdy je v životě potřeba přinášet oběti díky a chvály. Nejdůležitější místo v řádu společné modlitby má eucharistie, jinak nazývaná liturgie. Autor doplňuje, že před nedělemi a svátky se v podvečer slouží tzv. všenoční bdění (Self, 2008). S autorem souhlasí Vojtíšek (2004), který píše, že dodnes charakterizuje pravoslaví právě důraz na uchování tradice církevních otců a prvních křesťanských koncilů. Být křesťanem dle autora znamená především účastnit se bohoslužebného dění. Autor uvádí, že v pravoslavné symbolice mají přední místo ikony, jejichž prostřednictvím je prokazována úcta osobám a dějům, které zobrazují (Vojtíšek, 2004). I Self (2018) připisuje velkou roli při modlitbě právě ikonám. Ikony dle autora naplňují každý pravoslavný chrám a mají čestné místo v obydlí každého pravoslavného křesťana. Dle Baudišové (2003) jsou neodmyslitelnou součástí pravoslavné víry půsty. V dnech půstu se požívá pouze

rostlinná strava a nekonzumují se ani ryby. Z našich pěti probandů čtyři dodržují půsty, i když v rozdílné míře a s různou striktností.

V druhé části rozhovoru byli probandi z prvního výzkumného souboru dotazováni na otázky týkající se jejich stravování. U probandů z řad romské minority směřovaly otázky ke zjištění jejich stravovacích zvyklostí. Tři probandi z pěti nám uvedli, že jedí pravidelně. Určité jídelní zvyklosti romské minority byly popsány ve výsledcích kvalitativního výzkumu, který byl uskutečněn roku 2016 a probíhal v rámci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkum byl realizován v České republice na 25 romských probandech. Tento výzkum stejně tak přinesl zjištění o nevhodné frekvenci konzumovaných jídel a nevhodném složení pokrmů (Olišarová, Tóthová, 2016). Na odpovědích našich probandů vidíme, že mnohdy tíhnou k tradičním romským pokrmům. Autorka Stávková (2014) tvrdí, že se ve stravování Romů odráží kočovný způsob života tohoto etnika. Jejich strava byla dle autorky od počátku velmi jednostranná, chudá a jednoduchá na přípravu. To se odráží v mnohých tradičních romských receptech.

Naši probandi se často zmiňovali o nevhodnosti skladování potravin a nutnosti konzumace čerstvých pokrmů. Podle autorek Sedlákové a Koudelkové (2008) se nespotřebované jídlo nesmí ohřívat následující den, ale musí se vždy vyhodit. To je velice důležité zjištění pro ošetřovatelskou praxi. Pokud romský pacient podávanou stravu nesní okamžitě, není vhodné mu ji schovávat a následně ohřívat. Každý pacient je ale jiný, je tedy vždy vhodné se s pacientem domluvit, jak si přeje s jídlem naložit. Otázce čerstvosti se věnují mnozí autoři. Například Nováková (2012) uvádí, že u romské minority existují určitá specifika nejen v konzumaci potravin, ale právě i v samotné přípravě jídla a jeho uskladňování. Podle Ivanové et al. (2005) je základním pravidlem při úpravě pokrmů dodržování čistoty v rituálním smyslu, kdy se jídlo vždy připravuje v nádobách pouze k tomu určených. V rozhovoru pro časopis Dingir vedeném A. Hudákovou a Z. Vojtíškem (2004) jeden student uvedl, že u nich v rodině nebylo možné nechávat přes noc jakékoli jídlo, protože by přišli mulové a jídlo by bylo ráno nečisté.

Probandi z řad vietnamské minority se v pravidelnosti stravování rozcházel. Z odpovědí je patrné, že na frekvenci i způsob jejich stravování má vliv způsob života jednotlivých probandů včetně zaměstnání. Zde můžeme vidět určitou podobnost

s majoritní společností, kdy si mnoho lidí pro pracovní vytíženost během dne nenalezne čas k poklidnému obědu či svačině. Jak tvrdí autorky Pechová a Martínková (2011) mnoho z Vietnamců vyvíjí nemalé úsilí k získání finančních prostředků a vybudování domova pro svou rodinu. Jejich děti tráví veškerý čas jak studiem, tak pomocí rodině. Na všechny jsou tedy kladeny vysoké nároky ze všech stran (Pechová a Martínková, 2011). Probandi se ale shodovali v tom, že za normálních okolností preferují společné stolování s rodinou. Za největší jídlo dne všichni považovali oběd. Pro všechny probandy mělo velký význam společné stravování s ostatními členy rodiny. Dá se říci, že pro probandy nabývalo stravování většího, spíše společenského významu. Mnoho autorů tvrdí, že pro Vietnamce má rodina a její vnitřní vztahy velký význam. Kutnohorská (2013) popisuje, že k základům slušného chování Vietnamců patří pohostinnost, kdy je hostům připravováno hned několik jídel, více, než jsou všichni schopni sníst. Naši probandi hovořili o tom, že ke společnému jídlu je připravováno hned několik druhů pokrmů, které se servírují do středu jednoho velkého stolu. Každý člen rodiny si nabírá dle vlastního uvážení. V článku od Ha Tran Dac Ngoc (2008) autor přibližuje různé zvyklosti týkající se stolování Vietnamců. Stejně jako všichni naši probandi považuje za obvyklé společné stolování s několika druhy jídla uprostřed stolu. Dále autor zmiňuje zajímavou informaci o nutnosti přání dobré chuti starším členům domácnosti. Tento fakt nám ostatně potvrdil i jeden proband, který uvedl, že před započetím stolování je nezbytné popřát dobrou chuť jmenovitě všem starším osobám u stolu.

Co se týká složení konzumovaných potravin, tak se odpovědi všech našich probandů shodovaly s všeobecně uznávaným míněním, že Vietnamci nejčastěji jedí rýži. Jedním z autorů, který toto tvrzení přináší, je Ivanová et al. (2005), která říká, že nejdůležitější potravinou je pro Vietnamce právě rýže, která se navíc připravuje nejrůznějšími způsoby. Autor Havlík (2015) toto tvrzení doplňuje o to, že obyvatelé Vietnamu konzumují téměř jakékoli živočišné produkty. Součástí jejich kuchyně je maso vepřové, drůbeží, ryby a mořské plody (Havlík, 2015). Naši probandi jmenovali jako nejčastěji konzumované maso vepřové. V tuto chvíli se jeví odpovědi jednoho z probandů, který byl buddhista a vegan, jako zcela mimo standard běžného Vietnamce. Pokud se ale vrátíme k tvrzení Ivanové et al. (2005), že mezi obyvateli Vietnamu převažuje buddhismus, vyvstává nám otázka, jak může být v buddhistické zemi vysoká konzumace masa. Tím se ovšem opíráme o běžně známý stereotyp, že buddhisté nejedí maso. Jak tvrdí autor Kuntoš (2016), ne všichni buddhisté jsou vegetariáni. Pro

buddhisty je mnohdy postoj k vegetariánství výsledkem osobního rozhodnutí. Buddhismus je složité náboženství nebo lépe filosofie a jeho uchopení je mnohdy niternou záležitostí každého věřícího. Tudíž pro náš výzkum byla informace od jednoho z probandů, že je vegan, dostačující a byla chápána bez nutnosti pochopení souvislostí. Autorka Ivanová et al. (2005) zmiňuje, že mléčné výrobky jedí Vietnamci minimálně, jelikož podle nich mohou způsobovat střevní potíže. U našich probandů jsme se setkali s nelibostí ke smetanovým omáčkám. Jeden z probandů se svou odpovědí zcela vymykal, kdy vypověděl, že si v průběhu hospitalizace nechával od rodiny nosit mléko, kterého běžně vypije až dva litry. Zajímavý byl zjištěný vztah probandů k české kuchyni, kdy ve třech případech probandi uvedli, že navštěvují české restaurace rádi, přičemž mají v oblibě pokrmy z masa jako žebra, vepřové koleno a burgery. Pokud se zaměříme na nevhodnost pokrmů, v odpovědích probandů nevyšlo najevo žádné obecné omezení v konzumaci. Jeden z probandů uvedl, že nikdo, koho zná, nenavštěvuje čínské restaurace. Zde se nám naskýtá pohled na možnou souvislost s historicky neblahými vztahy mezi Vietnamem a Čínou. Proband dodržující pravidla veganství stál opět mimo standard odpovědí.

U probandů z řad vyznavačů islámu byly jednoznačné odpovědi týkající se odmítání vepřového masa. Všichni probandi shodně uvedli, že vepřové maso nekonzumují, přičemž odmítají i uzeniny s nejasným složením. Autorka Tóthová et al. (2009) uvádí, že muslimové nekonzumují ani drůbeží uzeniny jako jsou, párky, šunka, paštiky, anebo mleté maso. Autorka také tvrdí, že v jídelníčku muslimů převládá maso kuřecí, hovězí a ryby. Z příloh je upřednostňována rýže. Podobné odpovědi nám přinesla i většina našich probandů. Pouze u jednoho probanda převažovala v jídelníčku zelenina. Autor Goody (2004) dokonce tvrdí, že jedná-li se o ortodoxního muslima, tak může odmítnout použité nádobí, které mohlo přijít do kontaktu s vepřovým masem. Toto tvrzení nám potvrdil i jeden z probandů, který přiznal, že s sebou do nemocnice i kamkoli jinam nosí vlastní příbor. Myslíme si, že pro ošetřovatelskou praxi je tato informace velice podstatná. Od pacienta bychom vždy měli získat maximum informací, které nám pomohou v uspokojování jeho potřeb adekvátním způsobem. Vhodným řešením by mohl být jednorázový příbor, který by byl na oddělení pro podobné případy. Pacient by měl mít pocit, že i v případě, kdy nemá k dispozici vlastní nádobí a příbor, je personál schopen mu pomoci a najít vhodnou alternativu. Podstatné je i to, aby personál znal důvody pacientových požadavků.

Dle Kutnohorské (2013) je v islámské kultuře přiřazován stravování velký význam, přičemž je velký důraz kladen na pohostinnost. Stolování je společenskou událostí, kdy společně hoduje celá rodina. Všichni naši probandi preferují stolování s ostatními členy domácnosti. Vzhledem ke svým pracovním povinnostem se ale mnohdy stravují nepravidelně a sami. Na otázku konzumace alkoholu byly odpovědi poněkud překvapivé. Dle Hossaina (2013) je v islámu zcela zakázáno konzumování alkoholu a pokrmů na alkoholu připravovaných. Omamné látky dle autora odvrací člověka od Alláha a vedou k opomíjení povinnosti modlit se. Stejnou informaci nám poskytuje i Quaradawí (2004), který tvrdí, že nápoje, které islám považuje za škodlivé pro lidského ducha a mravnost jsou obsaženy přímo v textu Koránu. Mezi našimi probandy pouze dva řekli, že alkohol nekonzumují vůbec. Jeden proband přiznal nedávnou zkušenost s alkoholem, která byla dle jeho slov spojená s jeho bouřlivějším obdobím, kdy bylo třeba si urovnat priority. Dva probandi přiznali občasnou konzumaci alkoholu, i když v malé míře. Zajímavé bylo zjištění našeho výzkumu, že nikdo z probandů nemá k české kuchyni jednoznačně negativní vztah. Tři z probandů konzumují česká jídla dokonce velice často.

Mezi jednotlivými probandy z řad vyznavačů pravoslaví byly velké rozdíly, co se týká pravidelnosti stravování. Pravidelně pětkrát denně se stravuje pouze jediný proband. U ostatních je frekvence podstatně menší. Dá se říci, že k pravidelnému stravování mají blíže ti z probandů, kteří žijí s rodinou a dětmi a jejich pracovní zařazení jim to umožňuje. Zbylí probandi se dle jejich slov nemají možnost stravovat pravidelně. Zajímavým zjištěním bylo, že u probandů neexistuje jasná preference hlavního jídla dne. Vydátnost jednotlivých jídel se odvíjí od situace a časových možností. Dá se říci, že ve dnech pracovního klidu probandi považují za hlavní jídlo dne oběd. Za běžných okolností je ale mnohdy jediným teplým, a tedy i vydatným pokrmem dne večeře. Všichni probandi se shodli, že večeři by vždy preferovali teplou.

Co se týká složení potravy, dá se říci, že jsou odpovědi našich probandů spíše odrazem kultury dané země, ze které pocházejí, než samotné víry. Zajímavé bylo, že mezi našimi probandy se často vyskytovala odpověď, že nekonzumují ryby, jelikož si je nechávají na období půstu, kdy je v některých případech ryba povolena. Jelikož se náš výzkum zaměřoval na specifika stravování vyznavačů pravoslaví, je společným rysem všech těchto osob pravidelné postění, které je pro tuto víru charakteristické. Jak uvádí Baudišová (2003), jsou za dny postění v pravoslavné církvi považovány dny středa a

pátek, a to po celý rok. Tyto dny jsou považovány za památné a smuteční. V tyto dny se konzumuje pouze rostlinná strava a povoleny nejsou ani ryby. K těmto postním dnům patří ještě několik výjimek během roku, které připadají na sváteční dny. Během některých svátečních dnů je ryba povolena (Baudišová, 2003). Rolantová (2012) uvádí, že v oblasti druhu a úpravy potravin nemá pravoslavná církev žádná omezení. Zakázané jsou jen potraviny, které byly obětovány jinému božstvu. Dle autorky tradice odmítá krev a pokrmy krev obsahující. Zajímavý pohled přináší Trepanowski a Bloomer (2010), kteří tvrdí, že během půstů klesá denní příjem bílkovin, tuků a vápníku. Období půstů je dle autorů tedy spojeno s úbytkem tělesné hmotnosti, celkového cholesterolu. Stoupá však příjem vlákniny a uhlohydrátů. Ke změnám téměř nedochází, co se týká příjmu vitamínů a minerálů (Trepanowski, Bloomer, 2010). Z našich probandů pouze jediný uvedl, že půsty nedodržuje, ostatní půsty dodržují, i když s rozdílnou intenzitou. Zajímavé výsledky přinesl výzkum prováděný zaměstnanci Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Podle účastníků tohoto výzkumu je jídlo darem božím, se kterým se nesmí plýtvat. Důležitá je tedy střídmost a obžerství je považováno za hřích. Dotazovaní se shodli na odmítavém přístupu k jídlu, které je připravováno ze zvířecí krve, kam patří například krvavá tlačěnka, jelito nebo zabijačková polévka. Zajímavý výsledek přineslo tvrzení dotazovaných, že nesmí konzumovat stravu, která je obětována jinému kultu. Za důležité považují před a po každém jídle provést modlitbu. Výsledky výzkumu také potvrdily důležitost půstů pro pravoslavné věřící. Všichni dotazovaní shodně potvrdili, že dodržují půsty ve středu a v pátek (Tóthová et al., 2009). Náš výzkum nás přesvědčil o tom, že vždy je důležité zjistit, jakým způsobem pacient k postění přistupuje, které půsty dodržuje a zda si přeje půsty dodržovat i v průběhu hospitalizace.

Ve třetí části rozhovoru byli probandi z prvního výzkumného souboru dotazováni otázkami, které se týkaly jejich zkušeností s hospitalizací. Nejprve byli probandi z řad romské minority táženi na přístup sester v nemocničních zařízeních, kde byli hospitalizováni. Vcelku příjemným zjištěním bylo, že ve třech z pěti případů byly zkušenosti kladné. Pokud se vyskytl nějaký nedostatek, hovořili probandi o omezování návštěv. Pro Romy je typické, že jsou fixováni na rodinu. Rodina je pro ně hlavní životní hodnotou. Odjakživa byla rodina pro Romy zdrojem obživy, zároveň plnila funkci vzdělávací a také funkci ochranou. Romové vždy žili a žijí se svojí širší rodinou pohromadě, ať už v jedné osadě či čtvrti. Kromě příbuzenského vztahu je pojily i

rodinné tradice a solidarita (Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019). Dle Davidové et al. (2010) je v romské rodině běžné soužití tří a více generací. Koptíková (2012) píše, že se všichni členové romské rodiny zapojují v péči o děti, seniory a nemocné. Podle Polákové (2014) je stále běžné, že nemocní a staří lidé umírají v rodinném kruhu. Myslíme si, že mnoha konfliktům plynoucím z početných a častých návštěv u romských pacientů je možné předejít vhodnou komunikací a hledáním kompromisu. Pacient by měl být adekvátním a zdvořilým způsobem informován o návštěvním řádu a upozorněn na potřebu klidu u ostatních pacientů. Pokud máme možnost nadstandardních pokojů, měla by být tato varianta pacientovi nabídnuta. Na mnoha odděleních jsou společenské místnosti pro pacienty nebo jídelna ke společnému stolování. Tyto prostory tak mohou být využity k návštěvám, aniž by byli rušeni ostatní pacienti. Když víme, že rodina je pro Romy nejvyšší hodnotou, není možné tento aspekt jejich života v průběhu hospitalizace přehlížet nebo dokonce kontakt s rodinou eliminovat.

Většina probandů byla v průběhu hospitalizace nespokojená s podávanou stravou. Podávané porce v nemocničních zařízeních byly našimi probandy z řad Romů mnohdy považovány za malé. Často se při hospitalizaci Romů setkáme s tím, že jim podávaná strava nechutná, nebo vnímají porci jako malou. Mnoho romských pacientů to řeší tím, že si nechávají donášet další pokrmy od příbuzných. To nám potvrdilo i několik probandů z řad Romů. O jisté „neukáznenosti“ romských pacientů hovořili i probandi z řad všeobecných sester. Ve chvíli, kdy má pacient určitá dietní opatření, je takováto konzumace vlastních pokrmů nežádoucí. Myslíme si, že je nezbytné pacienta edukovat o smyslu dietních opatření a do edukace zapojit i rodinu. Vhodné je právě v takové situaci kontaktovat nutričního terapeuta.

Všichni probandi z řad vietnamské minority hodnotili přístup sester velice kladně a nikdo si z hospitalizace nenesl nepříjemnou zkušenost, co se týká přístupu sester či jiného personálu. Poněkud nepříjemným zjištěním bylo to, že až na jednoho probanda nebyl nikdo jakýmkoli způsobem tázán na stravovací specifika. Naopak příjemná byla informace, že většině probandů strava v nemocnici chutnala. Dva z probandů využili možnost domácí stravy. Všichni probandi se shodovali na tom, že uzdravení je na prvním místě. Dá se tedy říci, že v zájmu uzdravení jsou Vietnamci ochotni dodržovat jakákoli léčebná opatření. Často se mezi odpověďmi našich probandů objevoval názor, že zdravotnický personál je chápán jako autorita, jehož doporučení je třeba dodržovat,

protože právě on ví, co je potřeba k uzdravení. Někteří probandi odpověděli, že by pro ně bylo dokonce neslušné odmítnout stravu podávanou v nemocnici. Nikdo z probandů v průběhu hospitalizace nepotřeboval zvláštní podmínky k praktikování své kultury či víry. Jeden z probandů odpověděl, že jediné, co mu v nemocnici schází, je klid. Dá se tedy konstatovat, že Vietnamci patří mezi nenáročné a vděčné pacienty. To v nás ale nesmí navodit mylnou představu, že není třeba znát jednotlivá specifika jejich kultury. Jak tvrdí autorka Ivanová et al. (2005), Vietnamci si málo kdy na něco stěžují. Často své problémy banalizují a mnohdy ani nepřiznají. Problémem zdánlivé „nenáročnosti“ vietnamských pacientů může být i jazyková bariéra. Ze strachu ze vzájemného nedorozumění mohou Vietnamci mnohé skutečnosti zamlčet. To je klíčové pro poskytování péče vietnamským pacientům. Právě z těchto důvodů je nezbytné této minoritě porozumět a naučit se s ní vhodně pracovat.

Kladně hodnotili přístup sester i probandi z řad vyznavačů pravoslaví. Opět pro nás bylo znepokojivým zjištěním, že pouze jeden proband byl při příjmu dotázán na stravovací specifika v závislosti na jeho kultuře. Ostatní probandi tvrdili, že se jich nikdo při příjmu automaticky nezeptal. Jeden z probandů byl hospitalizován v době půstu. Zarážející je fakt, že až po nějaké době byl pacient dotázán na důvod nekonsumace podávané stravy. Většina našich probandů by si přála dodržovat půst i v době hospitalizace. Všichni se však shodovali v tom, že pokud jejich stav vyžadoval například zvýšený příjem bílkovin, byli by ochotni v rámci zachování zdraví od půstu ustoupit. Většina probandů se shodovala i v tom, že jim v nemocnici chutnalo. Vzhledem k tomu, že ostatní probandi nebyli hospitalizováni v průběhu půstu, neměli žádné speciální nároky na stravování v nemocnici.

U probandů z řad vyznavačů islámu byli dva z pěti probandů při hospitalizaci dotázáni na jejich stravovací specifika. Ostatních probandů se nikdo z personálu automaticky nezeptal. Někteří probandi dokonce personál sami upozornili na potřebu úpravy diety. V některých případech se tak stalo až poté, kdy byl některému z probandů naservírován masný výrobek. Většině z našich probandů nemocniční strava nechutnala. Jeden z probandů uvedl jako vhodnou alternativu pro stravování muslimů v nemocničním zařízení vegetariánskou úpravu stravy. Zajímavou informací pro nás bylo, že si většina našich probandů uvědomuje nedostatky v povědomí zdravotnického personálu o islámu a jednotlivých specifikách péče o muslimy. Opakovaně byla

zmiňována snaha nemocnice o úpravu stravy, která byla ale mnohdy pro naše participanty neakceptovatelná. Často je objevovaly odpovědi, kdy byl našim probandům podáván vývar, mleté maso nebo například kuřecí šunka. Všichni probandi se tedy shodli, že by uvítali větší povědomí zdravotnického personálu o stravovacích zvyklostech vyznavačů islámu, které by byly nemocnice či personál schopny vhodně praktikovat.

Dalším možná ne tolik překvapivým zjištěním bylo to, že většina našich probandů nepovažovala za vhodné hromadné stolování s ostatními pacienty. V takovém případě narážíme právě na potřebu zachování intimity, které je v islámské víře příkládán velký důraz. Naším probandům vadil právě fakt, že by se cítili nedůstojně a naze, pokud by měli stolovat v době nemoci s ostatními pacienty. Všichni probandi ženského pohlaví kladli důraz i na své zahalování. Ve většině případů vyžadovaly mít zakryté vlasy po celou dobu hospitalizace. Poněkud potěšující pro nás byla informace, že ve všech případech byla za pomoci personálu nalezena alternativa zahalení vhodná i k operačnímu výkonu, která pacientkám vyhovovala. S potřebou zachování intimity a zahalování se setkáváme v průběhu celé hospitalizace vyznavačů islámu. Některé činnosti nebo denní aktivity mohou být muslimy v průběhu hospitalizace dokonce odmítány z toho důvodu, že se při nich necítí důstojně. Jako příklad lze uvést rehabilitaci, při které se často pacienti pohybují ve společných prostorách oddělení. Pokud si vyznavač islámu bude myslet, že nevypadá vhodně na to, aby byl spatřen dalšími pacienty, nebo bude mít pocit, že není dostatečně zahalen, může rehabilitaci odmítat. V takovém případě je možné pacientovi nabídnout variantu rehabilitace na pokoji nebo mu pomoci docílit takové míry zahalení, při které by byl ochoten pokoj opustit. V žádném případě by neměl být pacient nucen do něčeho, co je v rozporu s jeho přesvědčením.

Zajímavé byly odpovědi probandů na otázky ohledně modlení v průběhu hospitalizace. Jak tvrdí Lawrence a Rozmus (2001), mohou být polohy prováděné muslimy při modlení pro některé věřící muslimy obtížné, proto nemocní mohou být osvobozeni od modlitby nebo se mohou modlit vsedě či dokonce vleže. Jak tvrdí Kutnohorská (2013), před každou modlitbou by mělo předcházet tzv. malé mytí. Autor Crofter (2006) uvádí, že pokud nemá věřící k dispozici vodu, je možné symbolické očištění hlínou nebo pískem. S tvrzením autorů se naši probandi v mnohém shodovali. Všichni se shodli v tom, že pokud by byla možnost, preferovali by nadstandartní pokoj, kde by měli dostatek soukromí. Někteří probandi přiznali, že se modlili opakovaně jen v

duchu v leže na posteli. Nikdo z probandů nekladal speciální požadavky na pohlaví personálu. To pro nás bylo poněkud překvapivým zjištěním. Dle Kopeckého (2010) je žádoucí, aby ženu ošetřovala žena. Pokud to není možné, lze požádat manžela o výjimku. Manžel ale vždy bude vyšetření přítomen. Autor Hájek (2016) uvádí, že problém u muslimských pacientů nastává právě ve chvíli, kdy vyšetření musí provést zdravotnický pracovník opačného pohlaví. V této situaci je dle autora žádoucí, aby vyšetření proběhlo v přítomnosti muže z rodiny. Naši probandi ženského pohlaví se shodly, že v případě, kdy by nebyl k dispozici zdravotnický personál ženského pohlaví a existovalo by riziko z prodlení poskytnuté péče, klidně by se nechaly ošetřit mužem. Přitom si byly jisté, že by takovou situaci tolerovali i jejich manželé. Pokud jde ale o svobodnou volbu lékaře poskytující odkladnou péči, preferovaly by všechny dotazované ženu. Naši probandi mužského pohlaví měli obdobný názor jako dotazované. Nikdo z našich probandů nebyl hospitalizován v době ramadánu. Všichni probandi se ale shodli na tom, že pokud by to jejich zdravotní stav dovoľoval, trvali by během hospitalizace na jeho dodržování.

V odpovědích našich probandů se velice často setkáváme s tím, že nebyli při hospitalizaci zdravotnickým personálem dotázáni na jejich stravovací zvyklosti. Pokud chceme poskytovat efektivní ošetrovatelskou péči, nelze opomenout tento aspekt lidské existence. Proto pouze úplná a kvalitní ošetrovatelská anamnéza vede k poskytování ošetrovatelské péče na vysoké úrovni. Jak tvrdí autorky Bittnerová a Moravcová (2006), správná ošetrovatelská péče má za cíl uspokojovat potřeby pacientů v bio-psycho-socio-spirituální rovině. Pokud toho chceme docílit, nestačí nám mít znalosti jen z oblasti fyziologie a psychologie. Je zapotřebí, abychom měli dostatek informací k uspokojení i socio-spirituálních potřeb. Dle Ivanové et al. (2005) je nezbytné poznat kulturní příslušnost pacienta. Jak uvádí Chau Le (2017), právě jídlo je neodmyslitelnou součástí kultury. Pokračování v tradici stravování i v době pobytu v jiné je způsob, jak zachovat svou kulturu. Pokračování v přípravě tradičních pokrmů je symbolem hrdosti na svůj etnický původ a prostředkem pro zvládání stesku po domově.

Další část výzkumu se věnovala druhému výzkumnému souboru B – všeobecným sestřám. V první části rozhovoru byli probandi z výzkumného souboru B dotazováni na otázky zaměřující se na zjištění znalostí transkulturního ošetrovatelství. Všichni probandi dokázali do určité míry definovat transkulturní ošetrovatelství, přičemž ho

všichni chápali pojem transkulturní stejně jako pojem multikulturní. Všichni probandi znali M. Leiningerovou. Pouze čtyři probandi dokázali uvést více než dvě osobnosti spjaté s transkulturním ošetřovatelstvím. Tato informace byla pro nás poněkud překvapivá, jelikož transkulturní ošetřovatelství je nedílnou součástí vzdělávacího programu všeobecných sester, a tudíž by o něm měli mít všechny všeobecné sestry jisté povědomí. Jak tvrdí Farkašová (2006), je v současné době multikulturnost cílem či středobodem zájmu celého zdravotnictví. Tóthová (2010) doplňuje, že pokud mají zdravotničtí pracovníci pečovat o pacienty z odlišných kultur účelně a s respektem, je zapotřebí, aby měli dostatek vědomostí a dovedností k poskytování kulturně diferencované péče. Naši probandi dokázali pouze velmi okrajově jmenovat specifika péče o pacienty z jednotlivých minorit, přičemž mnohdy nechápali širší rámec jednotlivých odlišností. Dle Ivanové et al. (2005) jsou právě etnicita, jazyk, náboženství, role rodiny, stravovací specifika, vnímání zdraví a nemoci základními znalostmi, kterými by měl zdravotnický pracovník disponovat v oblasti péče o příslušníky jiných kultur. Autoři Hemberg a Vilander (2017) tvrdí, že nedostatek sester s dostatečnými znalostmi o kulturním zázemí pacienta může vést ke kulturním střetům.

V druhé části rozhovoru byli probandi z řad všeobecných sester dotazováni na nejčastější minority, se kterými se v průběhu svého povolání setkávají. Odpovědi byly různé. Nejčastěji jmenovanými minoritami byly právě námi vybrané minority ke zpracování výzkumného šetření, a to Vietnamci, Romové, vyznavači pravoslaví a vyznavači islámu. Na otázky týkající se problémů kontaktu byly nejčastěji jmenovány konflikty s romskými pacienty. Zde se zjištění poněkud rozchází s vyjádřením probandů z řad Romů, kteří byli s péčí a přístupem sester do velké míry spokojeni. Může pro nás být pozitivem, že ačkoli sestry vnímají při práci s Romy četné konflikty či problémy v dodržování léčebného režimu, situace je pro Romy mnohdy řešena příjemným způsobem, který v nich nevzbuzuje pocit nespokojenosti s přístupem sester. Probandi z řad všeobecných sester nejčastěji jmenovali právě nedodržování léčebného režimu a v druhé řadě časté a početné návštěvy romských pacientů. Omezení návštěv bylo přesně tím nedostatkem, který při hospitalizaci vnímali naši probandi z řad romské minority. Probandi z řad všeobecných sester, kteří se setkávají při své práci často vyznavači islámu se shodují v častých problémech ohledně otázky intimity a stravování. V případě péče o pacienty z vietnamské minority nebo vyznavače pravoslaví nevnímali kromě jazykové bariéry žádný problém.

Probandi z výzkumného souboru B byli dále dotazováni, zda se ptají všech pacientů při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy na jejich stravovací specifika. Zde čtyři probandi odpověděli jednoznačně kladně. Tři probandi se dotazují jen vybraných pacientů, u kterých dle nich existuje možnost, že by mohla být v jejich stravování jakákoli zvláštnost. Zbylí tři probandi odpověděli, že se na stravovací specifika neptají žádných pacientů. Zde nám odpovědi všeobecných sester korespondují s tím, co vypověděli probandi z řad zástupců vybraných minorit. Pokud zdravotnický pracovník již při příjmu neidentifikuje kulturní příslušnost pacienta, může docházet ke konfliktům, kulturním střetům a desaturaci pacientových potřeb. Když opomeneme stravovací specifika plynoucí z kultury či náboženství, setkáváme se při poskytování ošetrovatelské péče i s pacienty, kteří mají svá vlastní specifika, která se vážou k jejich životnímu stylu. Patří sem například vegetariáni, vegani, zastánci raw stravy a mnoho dalších. Tito pacienti jsou mnohdy hospitalizováni bez povšimnutí, pokud se již při příjmu zdravotnický pracovník cíleně každého pacienta nezeptá na jeho specifika v oblasti stravování. Ve své praxi jsme se již mnohokrát setkali s tím, že pacient až po nějaké době personálu oznámil, že je například vegetarián. Chyba v tu dobu byla na straně personálu, který již při příjmu nezískal úplnou ošetrovatelskou anamnézu, která by tak od začátku pacientovy hospitalizace vedla k plnému uspokojování jeho potřeb. Jako další příklad lze uvést pacientku, která až druhý den sestřám oznámila, že nekonzumuje potraviny s vysokým obsahem sacharidů. Do té doby jedla minimálně. Tato žena měla karcinom jater. Dle filosofie, kterou zastávala, jsou právě sacharidy tím, co podporuje rakovinné buňky v jejich růstu. Ve chvíli nemoci se tato filosofie stala pro pacientku životní hodnotou, ve které viděla šanci na uzdravení. Kdyby sestry již od příjmu věděly o stravovacích specifikách dané pacientky, mohl být ve spolupráci s nutričními terapeuty vytvořen pro pacientku vhodný jídelníček okamžitě.

Ve třetí části rozhovoru měli probandi z výzkumného souboru B zhodnotit spolupráci s nutričními terapeuty. K této otázce se překvapivě všichni probandi vyjádřili kladně. Shodují se v tom, že v nemocnicích, v nichž pracují, je dobrý systém komunikace, a tudíž mohou být požadavky pacientů na stravování vhodně a rychle uspokojeny. Všichni probandi uvedli, že kontaktují nutriční terapeuty při riziku malnutrice pacientů a při potřebě individuální úpravy stravy.

Další část výzkumu se věnovala třetímu výzkumnému souboru C – nutričním terapeutům. V první části rozhovoru byli probandi z výzkumného souboru C dotazováni

na otázky zaměřující se na zjištění kontaktů s minoritami. Dva probandi odpověděli, že nejčastěji řeší problémy plynoucí ze stravovacích specifíků muslimů. Jeden proband uvedl, že se často ve své práci setkává s vietnamskými pacienty. Dva probandi uvedli, že se při své práci s pacienty z národnostních minorit příliš neseťkávají. Zde se nám nabízí tvrzení, že je možné, že všeobecné sestry nevyužívají spolupráci s nutričními terapeuty v takové míře, jak by mohly. Pokud probandi z výzkumného souboru B – všeobecné sestry tvrdí, že jedním z problémů s romskými pacienty je nedodržování léčebného režimu, jako je například dietní opatření, byla by možným řešením návštěva právě nutričního terapeuta. Naši probandi z výzkumného souboru C – nutriční terapeuti však přiznali, že k romským pacientům jsou voláni jen velice výjimečně.

V druhé části rozhovoru byli probandi z výzkumného souboru C dotazováni na zhodnocení spolupráce se sestrami a lékaři. Probandi se většinou shodovali v tom, že je spolupráce s ostatními členy týmu dobrá. Zajímavé bylo zjištění, že tři probandi hodnotili lépe spolupráci s lékaři než se sestrami. Jako důvod uváděli většinou časovou vytíženost sester a někdy až nezáměr k jejich doporučením. Naopak dva probandi nehodnotili spolupráci s lékaři kladně a více jim vyhovuje kontakt se sestrami, přičemž mají pocit, že lékaři nepovažují jejich doporučení za důležitá. Je proto nezbytné neustále zmiňovat důležitost multidisciplinárního přístupu v péči o pacienty. Každý člen týmu má svou nezastupitelnou roli a pouze všichni členové týmu dohromady vytvářejí celek vhodný k poskytování komplexní péče pacientům.

6 Závěr

Prvním cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnických zařízeních. Druhým cílem bylo zjistit specifika v oblasti výživy u pacientů z jednotlivých národnostních a náboženských minorit. Poslední cíl byl zaměřen na zmapování míry spolupráce mezi sestrami a nutričními terapeuty v problematice výživy pacientů. Na základě výzkumu byly cíle splněny.

U probandů z řad romské minority bylo zjištěno, že Romové nepreferují nijak speciální stravu a spíše inklinují k pokrmům, které jsou chutné. Několik probandů zmínilo důležitost čerstvosti potravin, kdy naši probandi opakovaně nejedí jeden pokrm a jídlo neuchovávají pro pozdější konzumaci.

Probandi z řad vietnamské minority byli až na jednoho probanda homogenní skupinou, která neudávala jakékoli speciální požadavky na stravování v nemocničním zařízení. Jeden proband se od ostatních v daném výzkumném souboru lišil, jelikož byl jako jediný buddhista a vegan.

Nejvíce specifík v oblasti výživy měli probandi z řad vyznavačů islámu. Kromě všeobecně známé informace, že vyznavači islámu nekonzumují vepřové maso, která se nám u našich probandů potvrdila, jsme se ale mnohdy setkali s poněkud překvapivým zjištěním, že ne všichni naši probandi striktně odmítají alkohol, a ne všichni dodržují za všech okolností ramadán. Dalo by se říci, že v průběhu rozhovorů bylo zjištěno, že víra vyznavačů islámu je velice komplexní a složitá a samotní muslimové si vykládají Korán různě.

U probandů z řad vyznavačů pravoslaví bylo v průběhu rozhovorů zjištěno, že téměř všichni dodržují půsty, i když s různou intenzitou. Všichni pravidelně postící se probandi se shodli, že by půst rádi dodržovali i v průběhu hospitalizace, pokud by tím nebyl ohrožen jejich zdravotní stav nebo narušen průběh léčby.

Poněkud znepokojivé bylo zjištění, že výrazná většina probandů nebyla při hospitalizaci dotázána na stravovací specifika plynoucí z jejich kultury ani na stravovací zvyklosti jich jakožto jedinců. Naopak příjemným výsledkem našeho výzkumu bylo, že většina probandů byla spokojena s kvalitou ošetrovatelské péče a přístup sester hodnotili v zásadě kladně.

V části výzkumu, která byla zaměřena na zmapování povědomí všeobecných sester o transkulturním ošetrovatelství bylo zjištěno, že sestram chybí hloubkové znalosti dané

disciplíny. Probandi z tohoto výzkumného souboru měli pouze velice malé povědomí o této problematice. Při dotazování sester na jednotlivá specifika vybraných minorit byly odpovědi probandů velice strohé. Probandi z řad všeobecných sester hodnotili spolupráci s nutričními terapeutky kladně. Většina probandů uvedla, že v případě potřeby řešení problémů spojených se stravováním pacienta mají možnost nutriční terapeutky kontaktovat a této možnosti i využívají.

Poslední část výzkumu byla zaměřena na třetí výzkumný soubor, který tvořili právě nutriční terapeutky. Zde pro nás bylo příjemným zjištěním, že nutriční terapeutky hodnotily spolupráci se sestrami kladně. Z rozhovorů bylo ale patrné, že ani při jejich povolání se neseťkávají s velkou kulturní rozmanitostí pacientů. I zde je tedy opět možné, že není jejich spolupráce využíváno sestrami v takové míře, jak by bylo třeba. To možná pramení i z nezachycených stravovacích zvyklostí v průběhu získávání ošetrovatelské anamnézy.

Pokud nám výzkum přinesl zjištění, že většina pacientů nabyta při hospitalizaci dotázána na svá stravovací specifika, vyvstává potřeba zvýšení povědomí zdravotnického personálu o nutnosti získání dostateku informací o pacientovi ve všech aspektech jeho života. Je tedy potřeba nejen znát jednotlivá specifika odlišných kultur. Tato znalost ztrácí na významu, pokud danou kulturu u pacienta včas neidentifikujeme. Je tedy třeba trénovat a zdokonalovat samotný proces získávání ošetrovatelské anamnézy. Z výzkumu nám vyplývá, že i mezi zástupci jednotlivých kultur jsou značné rozdíly a mnohé znalosti o dané kultuře není možné zobecnit na všechny její členy. Ke všem pacientům je tedy třeba přistupovat individuálně a ve vzájemné spolupráci s pacientem vytvořit optimální plán péče. Znepokojivý byl fakt, že i několik probandů z řad všeobecných sester uvedlo, že se pacientů na jejich stravovací specifika nedotazuje. Sestry mnohdy jmenovaly velice málo kultur, se kterými se v průběhu své praxe setkávají. Vyvstává zde tedy otázka, zda při přehlížení této důležité složky ošetrovatelské anamnézy nedochází k nepovšimnutí příslušnosti pacienta k některé z minorit. V takovém případě je pacient hospitalizován bez povšimnutí jeho kulturní identity.

Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen edukační materiál určený pro sestry, který by je měl seznámit s jednotlivými specifiky při poskytování péče vybraným minoritám (viz Příloha 4). Na základě tohoto kvalitativního výzkumu bylo sestaveno několik hypotéz, které by mohly být využity v kvantitativním výzkumu zaměřeném na problematiku výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit.

Navržené hypotézy: Sestry s vysokoškolským vzděláním se dotazují pacientů na specifika v oblasti výživy více než sestry se středoškolským vzděláním; sestry s vysokoškolským vzděláním mají větší znalosti o transkulturním ošetřovatelství než sestry se středoškolským vzděláním; vyznavači pravoslaví mají na stravování v nemocnici větší požadavky v období půstu než v období bez půstu; pro vyznavače islámu je stravování v době hospitalizace stejně důležité jako možnost se modlit; pro vyznavače islámu je stravování v době hospitalizace stejně důležité jako zachování intimity.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABD AL-‘ĀTĪ, H., 2010. *Zaostřeno na islám*. Praha: Ústředí muslimských obcí. ISBN 978-80-904373-6-4.
2. ADÁMKOVÁ, V., 2015. Obezita a nadváha jako celospolečenský problém. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Prevence a nadváha u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 16-23. ISBN 978-80-7422-467-6.
3. AL MUTAIR, A. S. et al. 2014. Providing culturally congruent care for Saudi patients and their families. *Contemporary Nurse* [online]. 46 (2), 254-258. [cit. 2020-10-8]. ISSN 1037- 6178. Dostupné z doi: 10.5172/conu.2014.46.2.254.
4. ARCHALOUSOVÁ, A., 2007. Tradice a zvyky asijských komunit žijících v České republice. In: MASTILIÁKOVÁ, D. et al. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její obraz ve zdravotnické praxi*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 120 s. ISBN 978- 80- 7248- 005 -0.
5. ARCHIEPISKOP KRYŠTOF., 2002. *Eutanazie. Hlas pravoslaví*. Praha: Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. ISSN 0323-1089.
6. BADAWI, J., A., 2004. *Postavení ženy v Islámu*. Brno: Islámská nadace
7. BANKS, J. A., 2016. *Cultural diversity and education: foundations, curriculum, and teaching*. London: Routledge, Taylor & Francis Group. ISBN 978- 1-138-65556-0.
8. BANKS, J. A., 2010. *Multicultural Education: Issues and Perspectives*. Hoboken: N. J: Wiley. ISBN 0471713635.
9. BAUDIŠOVÁ, J., PODRACKÁ, A., 2003. *Postní pokrmy*. 1. vyd. Olomouc: Fontána. 256 s. ISBN 80-7336-112-4.

10. BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. ISBN 9788024742489.
11. BITTNEROVÁ, D., MORAVCOVÁ, M., 2006. *Etnické komunity v české společnosti*. Praha: Ermat. 411 s. ISBN 80-903086-7-8.
12. BOËLLE-ROUSSET, C. et al. 2006. *Klíč k náboženství: srovnání čtyř největších světových náboženství*. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01679-6.
13. BURYÁNEK, J., 2005. *Interkulturní vzdělávání II.: doplněk k publikaci Interkulturní vzdělávání nejen pro středoškolské pedagogy*. Praha: Člověk v tísni. ISBN 80-903510-5-0
14. CAMPINHA-BACOTE, J., 1991. *The Process of Cultural Competence: A Culturally Competent Model of Care*. Transcultural C.A.R.E. Associates
15. CAMPINHA-BACOTE, J., 2007. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues*. Transcultural C.A.R.E. Associates.
16. CAMPINHA-BACOTE, J., 2011. Coming to know cultural competence: An evolutionary process. *International Journal for Human Caring*, 15(3), 42-48. doi:10.20467/1091-5710.15.3.42
17. CICHÁ, M., NOVÁKOVÁ, I., 2007. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 17(3): 22-23. ISSN 1210-0404
18. *Cizinci podle státního občanství*, 2019. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-11-20]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ01&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&evo=v57516 ! VUZE MI97-100-nezj_1&c=v23~2 RP2019MP12DP31

19. *Cizinci podle státního občanství a pohlaví*, 2019. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ08&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&str=v899>
20. *Cizinci podle kategorie pobytu a státního občanství*, 2019. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=CIZ04&z=T&f=TABULKA&katalog=31032&c=v23~2_RP2019M_P12DP31#w=
21. CROFTER, W., 2006. *Velká kniha Islámu*. Čechtice: BVD. ISBN 80-903754-0-5.
22. *Culture Care Theory*, 2020. [online]. Nursing Theory. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://nursing-theory.org/theories-and-models/leininger-culture-care-theory.php>
23. ČERNÁ, M., 2011. Interkulturní aspekty komunikace s pacientem. In: *Jihlavské zdravotnické dny: sborník z mezinárodní konference konané dne 21. 4. 2011 v Jihlavě*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné také z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf
24. DAYER-BERENSON, L., 2011. *Cultural competencies for nurses: impact on health and illness*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 346 p. ISBN 0763756504
25. *Dějiny Vietnamu. Od nejstaršího období po současnost*, 2021. [online]. Chinatoury, [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.chinatours.cz/rejstrik-mist/vietnam/dejiny/>
26. DRIEDGER, L., 1990. Ethnic and minority relations. IN: HAGEDORN, R. (eds.). *Sociology*. 251-279.

27. EASTERBY, L., M., SIEBERT, B., WOODFIELD, C., J., HOLLOWAY, K., GILBERT, P., ZOUCHA R., TURK. M., W., 2012. A Transcultural Immersion Experience: Implications for Nursing Education. *ABNF Journal*. 23(4), 81-84. ISSN 10467041.
28. EMERSON, R., 1960. *From empire to nation*. Cambridge.
29. EVANGELU, J., E., GASPARICS, Z., 2013. *Manažerská komunikace v multikulturním prostředí*. Ostrava: Key Publishing. ISBN 978-80-7418-199-3.
30. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
31. FIROUZBAKHT, M., et al. 2013. Fasting in pregnancy: A survey of beliefs and Mannem of Muslim women about Ramadan fasting. [online]. *Annals of Tropical Medicine* 6(5), p. 536-540. [cit. 2020-11-20]. ISSN: 1755-6783. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=0b0f83b4-0ed9-470f-9a49-a61609c92d72%40sessionmgr4002&hid=4205&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84902506378>
32. FRAŇKOVÁ S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ V., 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, s. 237. ISBN 80-246-0548-1
33. FREIDINGEROVÁ, T., 2014. *Vietnamci v česku a ve světě: migrační a adaptační tendence*. Praha: Slon. 233 s. ISBN 978-80-7419-174-9
34. GEIST, B., 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria publishing, a.s.. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.
35. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 1991. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Mosby Year Book. 540 p. ISBN 9780801619281.

36. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3), 185-188. ISSN 1552-7832.
37. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR R. E., 2004. *Transcultural Nursing. Assesment and Intervention*. St. Louis: Mosby. 666 p. ISBN 0-323-02295-2.
38. GIGER, J. N., 2014. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Elsevier Health Sciences. 736 p. ISBN 978-0-323-08379-9.
39. GONZALO, A., 2021. *Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory* [online]. Nurseslabs. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/#generic_folk_or_lay_care_systems
40. GOODY, J., 2004. *Islam in Europe*. Cambridge: Pility Press. ISBN 0-7456-3193-2.
41. Ha Tran Dac Ngoc, 2008. *Vietnamské stolování*. [online]. Idnes.cz/blog. [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://trandacngoc.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=54194>
42. HARRIES, R., MAYR-HARTING, H., 2010. *Dva tisíce let křesťanství*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-221-2.
43. HAUZAR, J., 2006. *Klonování. Hlas pravoslavi*. Praha: Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. ISSN 0323-1089.
44. HAUZAR, J., 2005. *Pravoslavná církev a homosexualita. Hlas pravoslavi*. Praha: Eparchiální rada pravoslavné církve Praha. ISSN 0323-1089.
45. HAVLÍK, J., 2015. Vietnamská kuchyně (2. část). *Výživa a potraviny*. 20 (1), 11-14. ISSN 1211-846X.

46. HEMBERG, J. A. V., VILANDER, S., 2017. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. [online]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(4), 822-829 [cit. 2020-04-24]. DOI: 10.1111/scs.12403. ISSN 02839318.
47. *Historie a původ Romů*, 2019. [online]. Romové v České republice. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18530>
48. *Historie Romů na území České republiky*, 2002. [online]. Romové v České republice. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18785>
49. HLAVÁČEK, K., 2014. *Romové v české republice*. Praha. Studie. Parlamentní institut.
50. HOLCNEROVÁ, P. 2010. Vzorce užívání alkoholu ve vybraných kulturách. *Adiktologie*. 10(3), s. 154-162. ISSN: 1213-3841.
51. HOLUBOVÁ, A., MICHÁLKOVÁ, H., 2012. Vietnamská komunita a synovská oddanost (rodinné vztahy, pohřební rituály). *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(4), 30-31. ISSN 1802-1123.
52. HORVÁTHOVÁ, J., 2002. *Kapitoly z dějin Romů*, Praha : Člověk v tísní. ISBN 80-7106-615-X
53. HOSSAIN, M., Z., 2013. What Does Islam Say About Dieting? *Journal of Religion and Health*. 53 (4), 1003-1012. doi: 10.1007/s10943-013-9698-x.
54. HŘIVNOVÁ, M., 2014. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024440347
55. HÜBSCHMANNOVÁ, M., 2002. *Šaj pes dovakeras, můžeme se domluvit*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 129 s. ISBN 80-244-0496-6

56. CHARLES, C. E., BETH DAROSZEWSKI. E., 2012. Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient. [online]. *Issues in Mental Health Nursing*. 33(1) p. 61-63 [cit. 2020-11-20]. ISSN: 0161-2840. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=14&sid=0b0f83b4-0ed9-470f-9a49-a61609c92d72%40sessionmgr4002&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=70165445>
57. CHAU, Le, B., 2017. *What food tells us about culture*. [online]. Freely Magazine. [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://freelymagazine.com/2017/01/07/what-food-tells-us-about-culture/>
58. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
59. JAKOUBEK, M., 2009. Romská kultura – jedna z výrazných determinant chudoby a ekonomického neúspěchu Romů. In: KALEJA, M., KNEJP, J. *Mluvmе о Romech, Aven vakeras pal o Roma*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 78-86. ISBN 978-80-7368-708-3.
60. JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 285 s. ISBN 80-717-8535-0.
61. JANÍK, T., 2005. *Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-080-8
62. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
63. JIŘIČKA, J., 2014. *Čeští muslimové budou usilovat o právo zakládat školy nebo oddávat*. [online]. Idnes.cz [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/muslimove-chteji-ucit-na-skolach-i-oddavat.A140311_155018_domaci_jj

64. KADLECOVÁ, H. 2014. Jednotlivá náboženství a jejich vztah k výživě. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Supplementum. 10(1), s. 3-7. ISSN: 1801-1349.
65. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5
66. KEMP, H., P., 2014. *ABC světových náboženství*. 1. české vyd. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 978-80-87287-65.
67. KIRSTE, R. et al., 2002. *Svátky světových náboženství*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-588-7
68. Kolektiv autorů, 2003. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu: Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Repronis. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
69. KOPECKÝ, J., 2010. *Pacient muslimského vyznání a ošetrovatelský proces*. Cesta k modernímu ošetrovatelství. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. s. 140-145. ISBN 9788087347034.
70. KOPECKÝ, R., BAHBOUH, Ch., 2014. *Co je dobré vědět o arabském a islámském světě*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd. ISBN 978-80-86149-88-2.
71. KORMANÍK, P., 1996. *Základné sväté tajiny pravoslávnej cirkvi*. Prešov. Pravoslavná bohoslovecká fakulta v Prešove. ISBN 80-7097-353-6
72. KOVATS, M., 2008. Možnosti a výzvy – Rozšiřování Evropské unie a romská / cikánská diaspora. In: Jakoubek, M., Budilová, L. (eds). *Romové a Cikáni – neznámí i známí*. Voznice: Leda. ISBN 978-80-7335-119-9.
73. KRAUS, B., 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978- 80-262-0643-9.

74. KROPÁČEK, L., 2006. *Duchovní cesty islámu*. 4. vyd. Praha: Vyšehrad, 292 s. ISBN 80-7021-821-5
75. KUNTOŠ, V., 2006. *Buddhismus a jídlo*. [online]. BuddhWeb [cit. 2020-11-10]. Dostupné z: <https://www.buddhawebsite.cz/buddhismus-a-jidlo/>
76. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
77. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
78. LARRY, A., et. al., 2012. *Communication between cultures*. Belmont, Calif: Wadsworth. ISBN 9781133492160.
79. LAWRENCE, P., ROZMUS, C., 2001. Culturally sensitive care of the Muslim patient. [online]. *Journal of Transcultural Nursing*. 12(3), p. 228-233 [cit. 2020-08-15]. ISSN: 1043-6596. Dostupné z: <http://tcn.sagepub.com/content/12/3/228.full.pdf+html>
80. LOVERING, S., 2012., The Crescent of Care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity and Equality in Health Care* [online]. 9(3), 171–178. [cit. 2020-11-10]. ISSN 2049-548X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4e6be4f3-c319-44d4-9ea7-79ae025420ca%40sessionmgr111&vid=4&hid=116>.
81. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
82. MAŘÍKOVÁ, H., LINHART, J., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník*, Praha: Karolinum, s. 1075. ISBN 80-7184-311-3

83. MCKENNIS, A. T., 1999. Caring for the islamic patient. Association of Operating Room Nurses. [online]. *AORN Journal*. 69(6). p. 1187-1196 [cit. 2015-02-05]. ISSN: 00012092. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/200792792/fulltextPDF/3A28E7BC453E47F4PQ/1?acco untid=16730>
84. MICHÁLKOVÁ, H., 2013. Specifika přístupu ke zdraví u příslušníků pravoslavné církve a mormonů. *Florence*. 9(5), 28-30. ISSN 1801-464X.
85. MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDO VÁ, L., TÓTHOVÁ, V., 2009. Specifika ošetrovatelské péče u vietnamské minority. *Sestra*. 19(12), 26-27. ISSN 1210-0404.
86. MLÝNKOVÁ, J., 2009. Vietnamská kultura v ošetrovatelské péči. *Florence*. 5 (10), 33-35. ISSN 1801-464X.
87. MOBASHER, M., et al. 2014. End-of-life care ethical decision-making: Shiite scholars' views'. [online]. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*. 7(2), 1-11. [cit. 2020-10-19]. ISSN 2008-0387. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ce4802e7-6756-4ba7-b5b2-0f0ffc293527%40sessionmgr4001&vid=7&hid=4204>.
88. MOCKOVÁ, J., 2007. Vietnamci v České republice. *Sestra*. 17(4). ISSN 1210-0404.
89. MOHAMMADI, N., EVANS, D., JONES, T., 2007. Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. [online]. *International Journal of Nursing Practice*. 13(5), 310-315 [cit. 2020-12-22]. ISSN: 1322-7114. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da60fc44-863b462e-a06a-8db65a9ca0b4%40sessionmgr4004&vid=21&hid=4212>
90. *Národnostní menšiny*, 2006. [online]. Vláda České republiky. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnm/mensiny/narodnostni-mensiny-15935/>

91. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. s. 21 – 51. ISBN 978-80-7387-645-6.
92. *Obyvatelstvo podle věku, náboženské víry a pohlaví*, 2011. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=v%C3%ADra&bkvt=dsOtcE.&katalog=all&pvo=OBCR614C#w=>
93. *Obyvatelstvo podle pohlaví a podle druhu pobytu, státního občanství, způsobu bydlení, národnosti a náboženské víry*, 2011. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=romsk%C3%A11&bkvt=cm9tc2vDoQ..&katalog=all&pvo=OTCR111#w=>
94. *Obyvatelstvo podle náboženské víry v krajích*, 2011 [online]. Český statistický úřad. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=n%C3%A1bo%C5%BEenstv%C3%AD&bkvt=bsOhYm_FvmVuc3R2w60.&katalog=all&pvo=SLD9100PU-KR
95. OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2016. Vybrané jídelní zvyklosti romské minority z pohledu prevence nadváhy a obezity. *Florence*. 12 (5), 26-27. ISSN 1801-464X.
96. OLÍŠAROVÁ, V., 2012. Multikulturalismus, transkulturalismus a jejich odraz v současné ošetrovatelské péči. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 13 – 20. ISBN 978-80-7387-645-6.

97. ONDRÁŠ, F., 2007. Kulturní zvláštnosti arabské klientely v českých zdravotnických zařízeních na příkladu Lázní Teplice v Česku. *Florence*. 3(7-8). ISSN 1801-464X.
98. PAPADOPOULOS, I., 2003. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for the development of cultural competence in nursing. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*. 4(5-7).
99. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
100. PECHOVÁ, E., MARTÍNKOVÁ, Š., 2011. Vietnamská menšina v ČR: Náboženství, kultura, soužití. IN: FUJDA, M., KLOCOVÁ, E., KUNDT, R. (eds.). *Identity v konfrontaci; Multikulturní výchova pro učitele/učitelky SŠ a ZŠ*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5558-2
101. PETROUSEK, M., et al., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3.
102. PLEVOVÁ, I., et al, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
103. PROKEŠOVÁ, M., 2010. *Romové. Otázky a hledání odpovědí*. Ostrava: Repronis. ISBN 978-80-7329-249-2.
104. PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3069-1.
105. PRŮCHA, J., 2011. *Multikulturní výchova*. 2. vyd. Praha: Triton. 167 s. ISBN 978-80-7387-502-2.
106. PRŮCHA, J., 2015. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026208723.

107. QUARADÁWÍ, J., 2004. *Povolené a zakázané v Islámu*. Praha: Islámská nadace v Praze. ISBN neuvedeno.
108. RAHIMI, A. et al., 2013. Exploring spirituality in Iranian healthy elderly people: A qualitative content analysis. [online]. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. 18(2), 163-170. [cit. 2020-12-17]. ISSN 1735-9066. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1428773215?accountid=16730>
109. RAICHOVÁ, I., 1999. Romové a náboženství. In: ŠULEŘ, P., et al. *Romové - O Roma: Tradice a současnost*. Brno: SVAN a Moravské zemské muzeum. ISBN 80-58956-14-4.
110. RALBOVSKÁ, D. R., et al. 2011. Využití multikulturality při přípravě na účast v zahraničních misích. In: *Aspekty práce pomáhajících profesí konference AWHP 2011.: sborník z konference* [online]. Praha : Manus. 203-214 [cit. 2020-11-10]. ISBN: 978-80-86571-12-6. Dostupné z: <http://www.fbmi.cvut.cz/files/nodes/5356/public/sborn%C3%ADk%20AWHP.pdf>
111. RASSOOL, G., 2000. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards understanding of the Islamic perspectives on caring. [online]. *Journal Of Advanced Nursing*. 32(6), 1476-1484 [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=393308a6-fa29-4240-8253-19e0ce18f1bb%40sessionmgr112&vid=4&hid=114>
112. RAY, N., YANAGIHARA, W., 2006. *Vietnam*. Praha: Svojtka & Co, 2006. 575 s. ISBN 80-7352-395-7.
113. ROLANTOVÁ, L., 2012. Pravoslavná církev. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 205 – 228. ISBN 978-80-7387-645-6.

114. ROLANTOVÁ, L., 2012. Ústředí muslimských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 153 – 179. ISBN 978-80-7387-645-6.
115. *Romové a náboženství*. 2004. [online]. Časopis Dingir, 7(1). [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: <https://www.dingir.cz/archiv/Dingir104.pdf>
116. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 326 s. ISBN 978-807-3673-123.
117. ŘÍČAN, P. 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
118. SAGAR, P., 2011. *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0826107480.
119. SARDAR, Z., MALIK, Z., A., 2004. *Islám*. Praha: Portál. ISBN 807178-882-1.
120. SELF, D., 2008. *The Lion Encyclopedia of World Religions*. Oxford: Lion Hudson plc. ISBN 978-0-7459-4983-3.
121. SPENCER, R., 2006. *Islám bez závoje: zneklidňující otázky o světově nejrychleji rostoucím náboženství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-761-5.
122. STÁVKOVÁ, J., 2014. Výživa romské populace. *Výživa a potraviny*. 19 (4), 91-93. ISSN 1211-846X.
123. STOJANOVIČOVÁ, M., MATĚJOVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z., 2013. Jak ovlivňují jednotlivá náboženství stravovací návyky. *Výživa a potraviny*. 68(1), 6-9. ISSN: 1211-846X
124. STŘEDA, L., MARÁDOVÁ, E., ZIMA, T., 2010. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 9788072904808

125. STUMMERER, S., HABLESREITER, M., 2016. Food Design: Symbols of Our Daily Nutrition. [online]. *Semiotica: Journal of the International Association for Semiotic Studies/Revue de l'Association Internationale de Sémiotique*. 211. 355-369 [cit. 2020-04-24]. DOI: 10.1515/sem-2016-0101. ISSN 16133692
126. ŠAJCH, F., H., 1997. *Základy islámu*. Olomouc: Votobia. 235 s. ISBN: 80-7198-212-1.
127. ŠIMONOVÁ, D., 2012. Jak jednat při ošetřování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 16(2-4), 114-120. ISSN: 1211-6645.
128. ŠIŠKOVÁ, T. (eds), 2001. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-648-9.
129. ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ, O., 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt* 11 (1), 187- 192. ISSN 1212-4117.
130. ŠPIRUDOVÁ, L., NEMČEKOVÁ, M., KRÁLOVÁ, J., ZAPLETALOVÁ, J., 2007. Umístění pojmu pacient v sémantickém prostoru českých sester - příspěvek k problematice komunikace v transkulturním ošetrovatelství. In: *Ošetrovatel'stvo - teória, výskum a vzdelávanie*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta Martin. ISBN 978-80-88866-43-5. Dostupné také z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2_007.pdf
131. ŠTÉPÁNOVÁ, L., VYCHODILOVÁ, Z., 2003. *Reálie ruské pravoslavné církve*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 91 s. ISBN 80-244-0658-6.
132. ŠVEJDOVÁ, K., 2010. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra*. 20(9). ISSN 1210-0404. 112

133. TOPINKA, D., 2007. *Výzkumná zpráva: Integrační proces muslimů v České republice*. [online]. Ostrava: Very Vision, 108 s. Dostupné z: http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/integrace_muslimu.pdf
134. TOŠNER, M., 2003. Kultura romských osad a analýza sociální situace. In: JAKOUBEK, M., PODUŠKA, O., *Romské osady v kulturologické perspektivě*. Brno: Doplněk. 41–56. 176 s. ISBN 80-7239-140-2.
135. TÓTHOVÁ, V., et al., 2009. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 11 (2), 282-291. ISSN 1212-4117.
136. TÓTHOVÁ, V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
137. TÓTHOVÁ, V., 2015. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-467-6.
138. TÓTHOVÁ, V., et al., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-674-6.
139. *Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa*, 2019. [online]. Romové v České republice. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18197>
140. TREPANOWSKI, J., B., BLOOMER, R., J., 2010. The impact of religious fasting on human health. *Nutrition Journal*. 9 (57). doi: 10.1186/1475-2891-9-57.
141. URBAN, D., KAJANOVÁ, A., 2010. Výživa a způsob stravování ve vztahu ke zdraví romských komunit. In: DAVIDOVÁ, E. et al., *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 187-189. ISBN 978-80-7387-428-5.

142. VÁCLAVÍČKOVÁ, L., 2015. Jak je možno předcházet konfliktům s romským pacientem. *Zdravotnictví a medicína*. 15(6), 24 s. ISSN cnb002564059.
143. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
144. VOJTÍŠEK, Z., 2004. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice: Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 80-7178-798-1.
145. WAYNE, G., 2021. *Nursing Theories and Theorists, Your theoretical guide to nursing theories*. [online]. Nurseslabs. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: https://nurseslabs.com/nursing-theories/#madeleine_m_leininger
146. WEHBE-ALAMAH, H., 2008. Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's Culture Care Modes. [online]. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 28 (1/2), 83-97 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e83bddc5-e8f6-4f87-9c21-edd62422b53a%40sessionmgr115&vid=2&hid=111>
147. WIRTH, L., 1945. The problem of minority groups. IN: LINTON, R. (eds.). *The science of man in the world crisis*. New York.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru se zástupci minorit

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s nutričními terapeuty

Příloha 4 – Edukační materiál pro sestry

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru se zástupci minorit

Základní údaje

1. Kde jste se narodil? V jaké zemi?
2. Kolik je Vám let?
3. Jak dlouho žijete v České republice?
4. Kde žijete? V jakém městě? Bydlíte v nějakým způsobem izolované komunitě?
Pokud ano, v jaké?
5. S kým žijete? S rodinou / sám?
6. Máte děti? Pokud ano, jak staré? Navštěvují běžnou školu / školku?
7. Jaké je vaše zaměstnání?

Náboženství

8. Vyznáváte nějaké náboženství? Pokud ano, jaké?
9. Jakým způsobem praktikujete svou víru? (chození do kostela, modlitby, rituály, talismany...)
10. Jaké svátky v souvislosti s Vaší vírou slavíte? Co tyto svátky znamenají a jak je slavíte?
11. Je součástí Vaší víry nějaký půst? Kdy a jaký? Pokud ano, dodržujete půst?

Stravovací zvyklosti

12. Kolikrát denně se stravujete?
13. Jíte pravidelně?
14. Které jídlo považujete za hlavní jídlo dne? Snídani / oběd / večeři?
15. Jak u Vás probíhá stolování? Z kolika a z jakých chodů se skládá Vaše jídlo?
Stoluje u Vás rodina pohromadě, nebo každý člen rodiny sám?
16. Jaké je Vaše nejběžnější jídlo? Co nejčastěji jíte nebo vaříte? Můžete prosím popsat Váš typický denní jídelníček?
17. Máte rádi českou kuchyni?
18. Chodíte do typicky českých restaurací?
19. Jaký pokrm Vám nechutná nebo nejíte s ohledem na Vaše náboženství či kulturu?

20. Případně: Můžete prosím popsat stravovací specifika Vaší kultury či náboženství, která dodržujete?

Zkušenosti s hospitalizací

21. Kvůli jakému zdravotnímu problému jste byl hospitalizován v české nemocnici?
22. Na jakém oddělení jste byl hospitalizován? (chirurgie, ortopedie, interní oddělení...)
23. Jak dlouho jste byl hospitalizován?
24. Vyžadoval Váš stav nějaká dietní opatření? Pokud ano, jaká? Jak jste to zvládal?
25. Vyžadoval jste po dobu své hospitalizace jinou stravu, než Vám byla podávána?
26. Jaký je Váš názor na stravu, která Vám byla podávána?
27. Zeptal se Vás při přijetí někdo z personálu na Vaše stravovací specifika? Pokud jste nebyl dotázán při příjmu, zeptal se Vás někdo v průběhu hospitalizace?
28. Bylo Vaším stravovacím zvyklostem v nemocnici vyhověno?
29. Zaregistroval jste během Vašeho pobytu v nemocnici spolupráci s nutričním terapeutem? Pokud ano, ohledně čeho se spolupráce týkala a jak ji hodnotíte?
30. Vážou se k jídlu u Vaší kultury nějaká specifika, která byste rád praktikoval i během pobytu v nemocnici? Modlení před jídlem / soukromí při stravování / používání hůlek?
31. Máte nějaké náměty, co byste rád změnil na nemocničním stravování?

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
3. Kolik let pracujete na daném oddělení?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
5. Co Vám říká pojem multikulturní / transkulturní ošetrovatelství?
6. Máte povědomí o stravovacích specifikách jiných kultur? Můžete stručně popsat specifika výživy vyznavačů Islámu, Vietnamců, Romů a zástupců Pravoslavné církve?
7. Potkáváte se na vašem pracovišti s pacienty z rozdílných kultur? Pokud ano z jakých?
8. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacienty z odlišných kultur? V čem vidíte rozdíl oproti majoritní společnosti?
9. Ptáte se všech pacientů v rámci ošetrovatelské anamnézy na jejich stravovací specifika?
10. Pokud identifikujete pacienta z rozdílné kultury, snažíte se vyhovět jeho stravovacím zvyklostem? Jakým způsobem?
11. Spolupracujete při řešení takového problému s nutričními terapeutky?

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s nutričními terapeuty

1. Kolik let se věnujete práci nutričního terapeuta?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Potkáváte se na vašem pracovišti s pacienty z rozdílných kultur? Pokud ano z jakých?
4. Jaká stravovací specifika u nich nejčastěji řešíte?
5. Jak vnímáte spolupráci se sestrami a lékaři?

**Stravovací specifika pacientů z vybraných
národnostních a náboženských minorit**

Romové

Vietnamci

Islám

Pravoslavná církev

Edukační materiál pro sestry

2021

Úvod

Při poskytování zdravotní péče se setkáváme velice často s pacienty z různých zemí a kultur. Tato skutečnost je důsledkem otevřenosti většiny světa, kdy lidé stále častěji cestují, a to z nejrůznějších důvodů.

Tito pacienti si s sebou přináší své vlastní zvyky, které se odrážejí ve všech aspektech jejich existence. Nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese se tak stává kulturně kompetentní personál, který je schopen poskytnout kulturně vhodnou a citlivou péči všem pacientům bez rozdílu rasy i vyznání.

Jedním ze zásadních aspektů každé kultury je výživa a samotná kultura stolování. Tato součást dané kultury provází jejího člena od narození a jedinci si s sebou nesou stravovací zvyklosti vázané k rodné kultuře celý život. Jídlo v sobě kromě své důležitosti v rovině fyziologické i sociokulturní skrývá i psychologickou stránku, kterou nelze opomenout. K jídlu se vážou lidské tradice a historie. Naše identita se definujeme tím, co jíme, a úmyslně se tak sami distancujeme od ostatních skupin. Komunity vyjadřují svou identitu prostřednictvím svých stravovacích návyků.

Zdravotnický personál mnohdy nevnímá složitý systém stravování jedinců a nechápe ho v jeho celém kontextu. Pokud je cílem zdravotnického personálu uspokojit potřeby pacienta, měli bychom věnovat značnou pozornost právě výživě jedinců, kterou bychom se měli snažit saturovat ve všech rovinách.

Tento edukační materiál byl sestaven na základě výsledků výzkumu, který byl zaměřen na problematiku výživy pacientů z vybraných národnostních a náboženských minorit ve zdravotnickém zařízení (Romové, Vietnamci, vyznavači islámu a vyznavači pravoslaví). Edukační materiál by měl sloužit sestřám k získání hlubšího povědomí o jednotlivých specifikách ve stravování vybraných minorit.

Romská minorita

Ve stravování Romů se odráží kočovný způsob života tohoto etnika.

Typ jídla a množství pokrmů historicky vypovídá o společenském postavení Romů - silnější postava je vnímána jako znak blahobytu.

Příprava jídel je pro romské etnikum rituálem, který má řadu pravidel. Mezi základní pravidla přípravy pokrmů je dodržování rituální čistoty. Pro vaření jsou vyčleněny speciální nádoby, které nesmějí být používány k jiným účelům.

Pokud se nějaké jídlo nespotřebuje, okamžitě ho Romové vyhazují, není tedy skladováno na pozdější konzumaci.

Je nevhodné konzumovat jídla, která spadla na zem, či která byla jinak znečištěna.

Romové se stravují impulzivně a nakupují na první pohled zajímavé, ale nekvalitní potraviny. Dny hojnosti, které přichází po výplatě, kdy rodina nakupuje potraviny ve velkém, jsou vystřídány dny skromnějšími.

Ke zvláštnostem Romů patří, že mají slabší vůli, vytrvalosti trpělivost.

Mezi tradiční romská jídla patří holubki (zelné listy plněné mletým masem a rýží), pišot (taštičky z bramborového těsta plněné bramborami, tvarohem, kyselým zelím nebo sušenými švestkami či povidly), mačanka (vývar z masa a hub), bramborový guláš, pečené brambory, bramborový kotlík s klobásou, fazolová polévka a plněné papriky.

Romská minorita

Specifika zjištěná v rámci kvalitativního výzkumného šetření:

Romové neradi konzumují opakovaně stejný pokrm, pokrmy neskladují pro pozdější konzumaci. Znovu je neohřívají.

Romové nemají jednoznačné preference v podávaných pokrmech.

Porce v nemocnici považují romští pacienti za malé a jídlo za nedochucené.

Strava Romů není ovlivňována svátky nebo půsty.

Vietnamská minorita

Vietnamci přisuzují jídlu velký význam. Pohostinnost patří k základům slušného chování. Hostům je podáváno více jídla, než jsou schopni sníst. Přitom se doporučuje vždy nechat alespoň něco málo na talíři jako známku toho, že se hosté najedli dosyta.

Říhání a mlaskání není známkou neslušnosti, ale vyjádřením spokojenosti.

Podávání jídla je jedním z rituálů k uctívání předků.

Nejdůležitější potravinou je rýže, která se připravuje nejrůznějšími způsoby.

Obyvatelé Vietnamu konzumují téměř jakékoli živočišné produkty.

Vietnamská kuchyně používá velké množství koření. Největší část představují čerstvé aromatické byliny, které jsou buď součástí pokrmu, nebo jsou podávány jako příloha na talíři. Významnou složkou Vietnamské kuchyně je sójová a zejména rybí omáčka.

Vietnamci tradičně jedí velké množství ovoce a zeleniny.

V přípravě pokrmů je dodržována rovnováha jing a jang, tedy kombinace teplých pokrmů, jako rýže, vajec a masa se studenými pokrmy, jako je zelenina a klíčky.

Vietnamci jedí třikrát denně. Hlavními jídlami jsou oběd a večeře.

Vietnamci nekonzumují ledové pokrmy. Preferují k pití čaj nebo vodu pokojové teploty.

Mléčné výrobky jedí Vietnamci minimálně.

Vietnamci upřednostňují jídlo měkké a teplé.

Vietnamská minorita

Specifika zjištěná v rámci kvalitativního výzkumného šetření:

Vietnamská kultura striktně nezakazuje žádné potraviny.

Vietnamci nejčastěji konzumují tradiční vietnamské pokrmy.

V jídelníčku Vietnamců dominuje rýže, maso a zelenina.

Vietnamci se mnohdy nebrání české kuchyni.

Pro Vietnamce je typická úcta k autoritám, kdy zdravotnické pracovníky a jejich doporučení berou velice vážně. Podávanou stravu tedy většinou neodmítají.

Tradičním jídlem v nemoci je rýžová kaše s kuřecím masem.

Vietnamci rádi při hospitalizaci využijí možnost domácí stravy.

Islám

Důraz je v islámu kladen na pohostinnost, kdy je každý host přijat a pohoštěn v kteroukoli denní i noční hodinu. Odmítnutí nabízeného jídla muslimové vnímají jako urážku hostitele.

Stolování je společenskou událostí, kdy společně hoduje celá rodina. V době hospitalizace některého člena rodiny se rodina snaží zabránit tomu, aby její člen jedl sám, navštěvují ho a snaží se mu nosit uvařené domácí jídlo.

Potraviny jsou v islámu rozdělovány na čisté, tedy dobré, a škodlivé, špatné a nečisté.

V islámu existují nápoje a jídla, které jsou striktně zakázány.

Zakázané potraviny se označují za "harámové" a povolené potraviny za "halálové".

Mezi zakázané potraviny patří maso uhynulých zvířat, maso vepřů a maso zvířat obětovaných jinému bohu.

Zvířata, která muslimové zahrnují do svého jídelníčku, musí být zabita dle islámských pravidel, kdy se nechají vykrváct.

Zcela zakázáno je konzumování alkoholu a pokrmů na alkoholu připravovaných.

Korán dbá na vyváženost stravy. Nejvyváženější strava se dle Koránu skládá z masa, ryb, čerstvého mléka, obilí, ovoce a zeleniny.

Muslimové musí brát potraviny pravou rukou. Levá ruka je používána pouze pro nečisté účely.

Voda je považována za dar od Boha, tudíž se s ní nesmí plýtvat. Vždy by se měla dopít a nikdy nevylévat.

Muslimové nekonzumují drůbeží uzeniny, jako jsou párky, šunka, paštiky, a nekonzumují mleté maso.

Islám

Ortodoxní muslimové nepoužívají nádobí, které přišlo do styku s vepřovým masem.

V jídelníčku muslimů převládá maso kuřecí, hovězí a ryby. Z příloh je upřednostňována rýže.

Ke všem jídlům se tradičně podává chléb (placka z hladké mouky), který slouží jako "příbor" k nabírání předkrmů. Chléb se nesmí krájet, ale láme se.

Rituálem islámského vyznání je modlitba vždy před každým jídlem a poděkování bohu.

V období ramadánu se musejí muslimové postit, to znamená, že je přísně zakázáno jíst a pít jakékoli potraviny a tekutiny od úsvitu slunce do jeho západu po dobu jednoho měsíce. Půst se týká také užívání léků a kouření.

Postních povinností jsou zbaveni nemocní, staří a slabí lidé, těhotné ženy a cestující.

Specifika zjištěná v rámci kvalitativního výzkumného šetření:

Muslimové nekonzumují jakékoli potraviny nejasného složení (pozor na např. vývar, mleté maso).

Někteří muslimové používají pro stravování vlastní nádobí a příbor.

Muslimové rádi při hospitalizaci využijí možnost domácí stravy.

Při stolování muslimové preferují soukromí, odmítají stolovat s pacienty opačného pohlaví.

V období ramadánu se pacienti liší v míře jeho dodržování podle toho, zda se cítí být natolik nemocní, aby mohli být zbaveni postních povinností.

Pravoslavná církev

S pravoslavím jsou neodmyslitelně spjaty půsty.

Ve dnech půstu je věřící povinen vyloučit ze svého jídelníčku živočišné produkty, mimo ryb.

Půsty jsou jednodenní i několikadenní.

Středa a pátek jsou dny postění, a to po celý rok. V tyto dny se konzumuje pouze rostlinná strava a nekonzumují se ani ryby.

Od 28.11. do svátku Narození Páně drží věřící Filipovský půst ke svátku Narození Krista, tedy půst předvánoční.

V období před Velikonocemi drží věřící dokonce čtyřicetidenní půst.

Od pondělí po první neděli po Padesátnici až do svátku svatých apoštolů Petra a Pavla (11. 7.) trvá Petropavlovský půst.

Od 14.8. do 27.8. drží věřící tzv. Uspenský půst. V tuto dobu se nekonzumují ani ryby.

V oblasti druhu a úpravy potravin nemá pravoslavná církev žádná omezení. Zakázáno je jen konzumovat potraviny, které byly obětovány jinému bohu, a pokrmy s krví.

Pravoslavná víra nezavrhuje alkohol.

Jídlo je dar Boží, se kterým se nemá plýtvat.

Před i po jídle provádí věřící modlitbu.

Pravoslavná církev

Specifika zjištěná v rámci kvalitativního výzkumného šetření:

Většina pacientů pravoslavného vyznání by si přála dodržovat půst i v době hospitalizace, pokud by to jejich stav dovoľoval.

Pravoslavná víra striktně nezakazuje žádné potraviny, s výjimkou těch, které byly obětovány jinému Bohu, a ty, co obsahují krev.

Pravoslavní věřící se mnohdy modlí před jídlem i po jídle.

V pravoslavné víře není vhodné jídlem plýtvat.

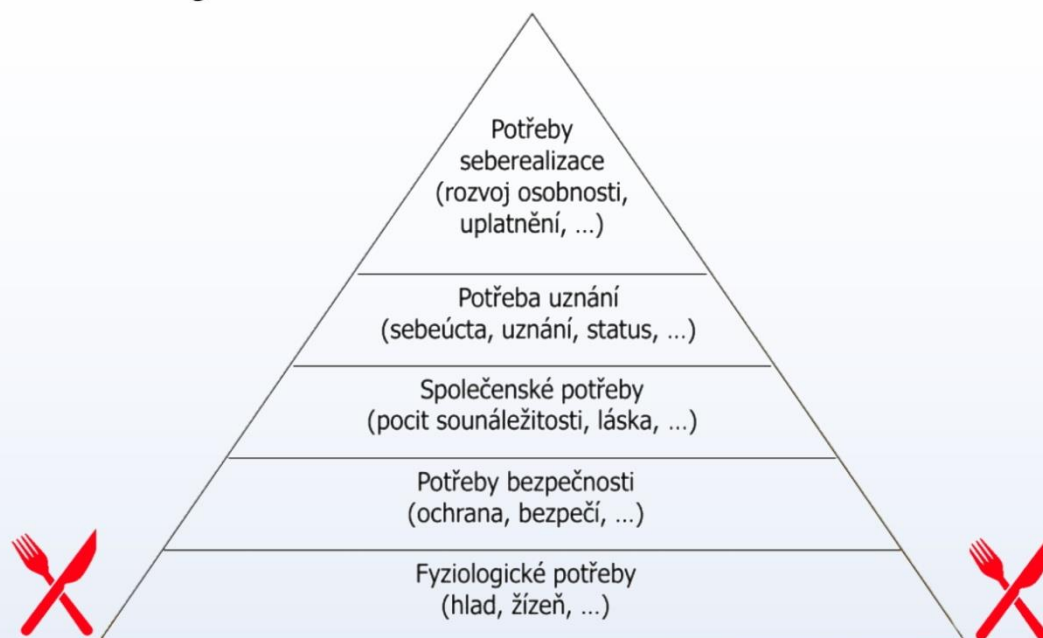
Závěr

Úkolem každého zdravotnického pracovníka by mělo být poskytovat všem pacientům individualizovanou péči, která bude pacienta respektovat jako holistickou bytost.

V současné době je nezbytné mít povědomí o jednotlivých kulturách, ze kterých naši pacienti pocházejí.

Vzhledem tomu, s jakou kulturní rozmanitostí se v České republice setkáváme, není ostudou, pokud zdravotnický pracovník není se specifiky všech kultur seznámen. V takovém případě je vždy třeba od pacienta specifika vázaná k jeho kultuře zjistit a je na místě ve spolupráci s pacientem vytvořit vhodné podmínky pro efektivní poskytování péče.

Význam stravování



Nelze stavět na neúplných základech



Zjistěte, jak se vaši pacienti stravují

Jídlo je jednou ze základních životních potřeb, neopomíjejte stravovací zvyklosti pacientů

Pouze úplná a kvalitní ošetrovatelská anamnéza vede k efektivní péči

Použité zdroje

- BAUDIŠOVÁ, J., PODRACKÁ, A., 2003. *Postní pokrmy*. 1. vyd. Olomouc: Fontána. 256 s. ISBN 80-7336-112-4.
- CICHÁ, M., NOVÁKOVÁ, I., 2007. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. 17(3): 22-23. ISSN 1210-0404
- FIROUZBAKHT, M., et al. 2013. Fasting in pregnancy: A survey of beliefs and Mannem of Muslim women about Ramadan fasting. [online]. *Annals of Tropical Medicine* 6(5), p. 536-540. [cit. 2020-11-20]. ISSN: 1755-6783. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=0b0f83b4-0ed9-470f-9a49-a61609c92d72%40sessionmgr4002&hid=4205&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZH MtbGl 2ZQ%3d%3d#db=edselec&AN=edselec.2-52.0-84902506378>
- GOODY, J., 2004. *Islam in Europe*. Cambridge: Pility Press. ISBN 0-7456-3193-2.
- HAVLÍK, J., 2015. Vietnamská kuchyně (2. část). *Výživa a potraviny*. 20 (1), 11-14. ISSN 1211-846X.
- HOSSAIN, M., Z., 2013. What Does Islam Say About Dieting? *Journal of Religion and Health*. 53 (4), 1003-1012. doi: 10.1007/s10943-013-9698-x.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- KADLECOVÁ, H. 2014. Jednotlivá náboženství a jejich vztah k výživě. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Supplementum. 10(1), s. 3-7. ISSN: 1801-1349.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

Použité zdroje

PROKEŠOVÁ, M., 2010. *Romové. Otázky a hledání odpovědí*. Ostrava: Repronis. ISBN 978-80-7329-249-2.

RALBOVSKÁ, D. R., et al. 2011. Využití multikulturality při přípravě na účast v zahraničních misích. In: *Aspekty práce pomáhajících profesí konference AWHP 2011.: sborník z konference* [online]. Praha : Manus. 203-214 [cit. 2020-11-10]. ISBN: 978-80-86571-12-6. Dostupné z:

<http://www.fbmi.cvut.cz/files/nodes/5356/public/sborn%C3%ADk%20AWHP.pdf>

ROLANTOVÁ, L., 2012. Pravoslavná církev. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 205 – 228. ISBN 978-80-7387-645-6.

STÁVKOVÁ, J., 2014. Výživa romské populace. *Výživa a potraviny*. 19 (4), 91-93. ISSN 1211-846X.

ŠIMONOVÁ, D., 2012. Jak jednat při ošetřování a léčbě cizinců: úskalí, zjištění a doporučení. *Praktická gynekologie*. 16(2-4), 114-120. ISSN: 1211-6645.

TÓTHOVÁ, V., et. al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa, 2019. [online]. Romové v České republice. [cit. 2019-11-19]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18197>

9 Seznam zkratek

et al.	- a kolektiv
atd.	- a tak dále
apod.	- a podobně
aj.	- a jiné
př. n. l.	- před naším letopočtem
n. l.	- našeho letopočtu
r.	- roku
atp.	- a tak podobně
vyd.	- vydání
str.	- strana
např.	- například
tzv.	- tak zvaný
cit.	- citováno