

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Vítek Svoboda

**Transkulturní komunikace v ošetrovatelské péči zaměřená
na specifika muslimské minority**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marinella Danosová, DiS.

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Transkulturní komunikace v ošetrovatelské péči se zaměřením na muslimskou minoritu

Název práce v AJ: Transcultural communication in nursing care focused on muslim's minority

Datum zadání: 2014-31-01

Datum odevzdání: 2014-09-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor: Svoboda Vítek

Vedoucí: Mgr. Marinella Danosová, DiS.

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se dotýká problematiky transkulturní péče a to zejména složky komunikační, verbální i neverbální, se zaměřením na specifika muslimské minority. Vzhledem k úzkému tématu se práce zabývá péčí o muslimy v celosvětovém měřítku. Cílem přehledové bakalářské práce je předložit dohledané informace o transkulturní komunikaci v ošetrovatelské péči o muslimy. Na tento cíl navazují jednotlivé dílčí cíle. Prvním z nich je předložit dohledané publikované poznatky o verbální komunikaci v ošetrovatelské péči o muslimy. Druhým je předložit poznatky o komunikaci neverbální. Jednotlivé poznatky byly dohledány v následujících cizojazyčných recenzovaných periodikách: Journal of Clinical Nursing, Contemporary Nurse, BioMed Central Nursing, Nursing Ethics, Diversity in Health and Social Care, Diversity and Equality in Health Care, Journal of Medical Ethics, Journal of Transcultural Nursing, American Journal of Obstetrics and Gynecology,

Issues in Mental Health Nursing, The Journal of Supportive Oncology, Western Journal of Medicine, Journal of the Australian Defence Health, International Journal of Nursing Practice, Pediatric Nursing a Nurse Educator.

Abstrakt v AJ:

The Bachelor's thesis is focused on the issue of transcultural nursing care, especially on component of communication process, either verbal or nonverbal, with focusing on specifics of muslim's minority. Because of narrow focus on chosen theme, the thesis deals with transcultural communication in nursing care of muslims in global scale. The main goal is to present information, which were found, about transcultural communication in nursing care of muslims. The main goal is consisted of particular component goals. The first one is to present published knowledge of verbal communication in nursing care of muslims. The second one is to present knowledge of nonverbal communication. The main sources include reviewed periodics such as: Journal of Clinical Nursing, Contemporary Nurse, BioMed Central Nursing, Nursing Ethics, Diversity in Health and Social Care, Diversity and Equality in Health Care, Journal of Medical Ethics, Journal of Transcultural Nursing, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Issues in Mental Health Nursing, The Journal of Supportive Oncology, Western Journal of Medicine, Journal of the Australian Defence Health, International Journal of Nursing Practice, Pediatric Nursing and Nurse Educator.

Klíčová slova v ČJ: transkulturní, interkulturní, multikulturní, ošetrovatelská, péče, komunikace, verbální, neverbální, muslim, islám

Klíčová slova v AJ: transcultural, intercultural, multicultural, nursing, care, communication, verbal, nonverbal, muslim, Islam

Rozsah práce: 40 stran, 1 příloha

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 9. května 2014

podpis

Rád bych poděkoval Mgr. Marinelle Danosové, DiS. za odborné vedení práce,
její ochotu, čas a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TRANSKULTURNÍ KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY	11
2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY	19
3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY	26
ZÁVĚR.....	31
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	35
PŘÍLOHA	41

ÚVOD

Jedna z oblastí, ve které se stále více prosazuje interkulturní komunikace, je oblast poskytování zdravotnických služeb. Personál zdravotnických zařízení se často dostává do styku s cizinci, kteří pocházejí z různých národnostních kultur a mluví jinými jazyky. Kontakt s těmito pacienty může být navázán buď v domácím prostředí, tedy ve zdravotnických zařízeních, kam z rozličných příčin přicházejí turisté, studenti či imigranti, nebo v zahraničí, v rámci poskytování humanitární mezinárodní pomoci potřebným zemím (Průcha, 2010, s. 163). Lékařská praxe se stále více stává rasově, etnicky a kulturně rozmanitou, což má za následek větší počet hodnotových systémů, které musí být brány v úvahu. Tyto vícehodnotové systémy mohou představovat překážky v poskytování kvalitní péče, pokud zdravotníci a pacienti nedokáží pochopit jeden druhého nebo pokud se nedokáží dohodnout na způsobech poskytování zdravotní péče a léčebných opatření. Mohou vznikat etická dilemata, pokud jsou kultura či právní okolnosti v rozporu s hodnotami pacienta (Padela, del Pozo, 2010, s. 40).

Podle souhrnu demografických dat z The World Factbook americké zpravodajské agentury Central Intelligence Agency, tvoří celosvětově muslimská víra 22,74% populace (The World Factbook, 2013). Počet muslimů v Evropě vzrostl z 29,6 miliónů v roce 1990 na 44,1 miliónu v roce 2010. Předpokládá se, že v roce 2030 muslimská populace dosáhne 58 miliónů. Z těchto dat vyplývá, že procentuální zastoupení muslimů v Evropě představuje 6% a v roce 2030 dosáhne 8%. Východní Evropa, do které autoři řadí i Českou republiku, bude mít i nadále největší zastoupení muslimů v Evropě (Grim, Karim et al., 2011, s. 121–125).

V důsledku nárůstu globalizace a migrace populace je možné říci, že je zdravotní péče stále náročnější. Stoupenci islámu tvoří v západní Evropě

největší náboženskou minoritní skupinu. Saúdská Arábie je sice pomyslným domovem islámu, avšak stoupeni islámu žijí ve všech zemích světa. Důležité je poznamenat, že islám se může lišit od velmi ortodoxního přístupu k poměrně liberálnímu (Halligan, 2006, s. 1565–1566).

Je výzvou poskytovat důležité informace o specifikách různých kultur bez toho, aby došlo ke stereotypizaci. Proto je mnoho vzdělávacích programů zaměřeno na pomoc studentům pochopit, jak komunikovat s jedinci z jiných kultur nebo s jinou vírou odlišnou od jejich vlastní. Tento druh výcviku, který zahrnuje klíčové prvky sebeuvědomění a sebereflexe, pomáhá studentům zaměřit se na zkoumání toho, odkud pacienti „přicházejí“, a zaměřuje se na práci s pacienty v takovém rámci, který není v rozporu s jejich kulturou. Bohužel se stává, že i neúmyslné porušení zvyků, rituálů nebo hlubokých přesvědčení může zabránit vytvoření vztahů, které umožňují poskytovatelům zdravotní péče řešit důležité problémy pacientů z různých kultur (Hammound, White, Fetters, 2005, s. 193–194).

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku:

Jaké existují publikované poznatky o transkulturní komunikaci s muslimy

Pro vypracování bakalářské práce byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1 – Předložit publikované poznatky o verbální komunikaci s muslimy

Cíl 2 – Předložit publikované poznatky o neverbální komunikaci s muslimy

Vstupní studijní zdroje:

1. BERNARD, Philip, GILL, Paul. 2009. *Culture, communication and nursing*. New York: Pearson Education, 2009. ISBN 978-013-2328-920.

2. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana 2005. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
3. MORGENSTERNOVÁ, Monika, ŠULOVÁ, Lenka. 2007. *Interkulturní psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-802-4613-611.
4. MOTSCHNIG, Renate, NYKL, Ladislav. Přel. J. Bílková. 2011. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4736-129.
5. PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4736-129.
6. ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.

Rešeršní strategie:

Při provedení rešeršní činnosti pro zpracování přehledové bakalářské práce byly použity databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca, BMJ Journal Online Collection, EBSCO, ProQuest a PubMed. Dále byly využity vyhledávače GOOGLE a GOOGLE Scholar.

K vyhledávání relevantních zdrojů pro tvorbu práce byly využity následující klíčová slova:

- **Klíčová slova v ČJ:** transkulturní, interkulturní, multikulturní, ošetrovatelská, péče, komunikace, verbální, neverbální, muslim, islám
- **Klíčová slova v AJ:** transcultural, intercultural, multicultural, nursing, care, communication, verbal, nonverbal, muslim, Islam

Pro výběr jednotlivých dohledaných zdrojů byla zvolena patřičná kritéria, a to taková, aby se jednalo o plnotextové recenzované články, buď v anglickém nebo českém jazyce, vztahující se k tématu, hlavnímu cíli a dílčím cílům přehledové bakalářské práce publikované v období od roku 2000 do roku 2013.

S použitím výše uvedených klíčových slov a zvolených kritérií bylo dohledáno 154 článků a 6 dalších zdrojů v anglickém jazyce. V českém jazyce bylo dohledáno 7 článků, ale vzhledem k tomu, že se týkaly transkulturní péče a komunikace zaměřené na jiné minority, nemohly být použity. Pro duplicitní výskyt v jednotlivých databázích nebylo použito 15 článků. Po důkladnějším prozkoumání názvů a abstraktů prací bylo z tohoto počtu vyřazeno dalších 110 článků. Důvodem k vyřazení těchto článků bylo zejména to, že se nezaměřovaly na muslimskou populaci, ale jiné minority, že se nezaměřovaly na transkulturní ošetrovatelskou péči a komunikaci nebo byly psány v jiném než kritérii zadaném jazyce.

Z tohoto procesu zbylo 23 článků a 6 jiných zdrojů v anglickém jazyce. Byl proveden překlad, s pomocí kapesního a internetového slovníku, do českého jazyka, a následně byly tyto zdroje prostudovány. Dodatečně bylo vyřazeno dalších 5 článků a 3 jiné dohledané zdroje. V konečném výsledku bylo tedy pro tvorbu práce použito 18 článků a 3 další zdroje (studie soukromé organizace The Commonwealth Fund zaměřené na zlepšování zdravotní péče, demografické údaje a předpovědi Pew's Research Center's Forum on Religion & Public Life a demografické údaje z publikace The World Factbook americké vládní zpravodajské agentury Central Intelligence Agency). K vypracování byly taktéž použity 2 monografie psané v českém jazyce, a to zejména pro upřesnění a vymezení některých klíčových pojmů.

1 TRANSKULTURNÍ KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY

Muslimem rozumíme následovníka islámského práva, a slovo muslim znamená „ten kdo se podrobil Alláhově vůli“. Skutečný smysl života lidské bytosti vidí muslimové v uctívání boha, ve snaze dosáhnout jeho porozumění a v úplné oddanosti vůči němu (Mohammadi, Evans, Jones, 2007, s. 311). Muslimy můžeme rozdělit do dvou hlavních větví a to na Sunnity a Šíity. Tyto dvě skupiny sdílejí přesvědčení, náboženské praktiky a právní struktury, ale liší se v otázkách týkajících se náboženské autority a v názoru na prorocké následovnictví (Padela, del Pozo, 2010, s. 40 – 41).

Muslimský pohled na svět je odvozen od náboženství islámu. Ten vychází z úplného poddání se a poslušnosti vůli Alláha a představuje tak kompletní způsob života (Al-Shahri, Al-Khenaizan, 2005, s. 432). Učení a zákon islámu jsou odvozeny z Koránu a sunny. Zásadním konceptem v Islámu je Tahwid. Tahwid znamená „jednotu Alláha“ a vyžaduje, aby muslim žil způsobem, který odráží jednotu mysli a těla s Alláhem. Podle tohoto konceptu neexistuje žádné oddělení těla od duchovního rozměru zdraví. Muslimové také věří v předurčení a život po smrti, kdy Alláh bude soudit lidi za jejich pozemské skutky o soudném dni. Existuje pět pilířů neboli základů islámu, které musí být muslimem přijaty. Patří sem Iman (víra), Salat (modlitba), Zakat (almužna), Siyam (půst) a Hajj (pouť do Mekky). Iman slouží jako prohlášení věřící osoby, že neexistuje jiný uctíváný bůh než Alláh a Muhammad je posel nebo prorok boží. Salat se provádí pětkrát denně a je nezbytnou součástí každodenních činností. Poskytování každoroční almužny je náboženská daň, která tvoří určitou část majetku (2,5%), a je poskytována potřebným. Půst můžeme chápat jako očištění sebe sama, kdy se muslimové od východu do západu slunce, během svatého měsíce

Ramadánu, zdržují jídla, tekutin, sexuálních praktik a jiného světského pohodlí. Pátým pilířem je pouť do Mekky v Saúdské Arábii, kterou by měli všichni (pokud jsou schopni) alespoň jednou v životě podstoupit (Lovering, 2012, s. 172). Muslimové se modlí několikrát denně a to směrem k Mekce. Před těmito modlitbami si musejí všichni muslimové umýt nohy, uši, obličej, ústa a ruce. Během modlitby se dotýkají čelem k zemi a zvedají své ruce k Alláhovi. Vzhledem k tomu, že muslimové musí praktikovat pět pilířů islámu a jiné náboženské zvyky, můžeme o nich smýšlet jako o skupině lidí dodržující určité rituály. To nám umožňuje lépe je definovat jako kulturu. Poskytování kulturně kompetentní zdravotní péče znamená chápat potřeby, které jsou nezbytné pro udržení jejich náboženských zvyků během hospitalizace. Muslimům musí být umožněno vyjádřit a praktikovat svou víru, bez ohledu na projevy nemoci nebo jejich zdravotní problémy. Při hospitalizaci muslima je například vhodné umístit jej do místnosti, kde se může modlit směrem k Mekce (Charles, Daroszewski, 2012, s. 61–62). Nemocný muslimský pacient může provádět svoje denní modlitby v poloze vsedě, ale dokonce i v poloze v leže (Gulam, 2003, s. 82). Ve studii autora Halligana byla role náboženství vnímána jako všezahrnující. Vliv islámu byl patrný i ve všech rozhovorech a měl efekt na každý aspekt péče o pacienty. Všichni účastníci se shodli v tom, že vše co dělají, se odráží od jejich náboženství a je to jejich hlavní způsob života. Postoje pacientů byly vnímány jako silně zaměřené na jejich náboženství, což sestry identifikovaly jako zdroj stresu vytvářející pocit bezmocnosti. Někteří účastníci uvedli, že bez ohledu na to, jak dobře je o ně postaráno, cokoliv se stane, je Alláhova vůle (Halligan, 2006, s. 1568). Mnoho aspektů zdravotní péče je dáno Koránem. Patří mezi ně specifické postupy týkající se antikoncepce a porodu, hygienické postupy, manželství, dvoření, rozvod, dietní opatření, náboženské rituály, modlitby, hospitalizace, záležitosti týkající se zdravotní péče, oblečení, umírání

a smrti. Za mimořádných okolností je možné v těchto islámských praktikách udělat výjimku. Všem ostatním muslimům tyto praktiky pomáhají prokazovat úctu k islámu a modernímu muslimskému stylu života. V nepublikované doktorské studii se 119 muslimskými ženami v Inland Empire of Southern California v roce 2010 autorky Charles a Daroszewski posuzovaly, zda ženy muslimky praktikují pět pilířů islámu a jejich víru v Alláha. Zjistili, že většina z nich (80,7%, n = 96) účastnic praktikuje všech pět pilířů islámu. Toto zjištění podtrhuje význam pěti pilířů v životech muslimů. Také zjistily, že Alláh má výrazný vliv na jakákoliv rozhodování (Charles, Daroszewski, 2012, s. 62–63). Veškeré činy a rozhodnutí by měly být orientované na rodinu a kulturu. Náboženský a kulturní rámec poskytuje nejkomplexnější a ucelený pohled na péči a pochopení pacientů muslimského vyznání. Je třeba brát v úvahu konkrétní postupy péče jako je účast, zapojení a podpora rodiny. Existují rozdíly v kulturních a psychologických způsobech vyjadřování muslimských pacientů a jejich rodin a sester. Reflexe a supervize by mohla pomoci sestřím v identifikaci jejich vlastních kulturních bariér, stereotypů a etnocentrismu, a tím tak pomoci zlepšit péči. Ošetřovatelské manažeři by měli neustále posuzovat, zdali ošetřovatelský personál má odpovídající znalosti a dovednosti pro zpracování konkrétních etických situací vztahujících se k péči o pacienta muslimského vyznání a jeho rodiny, s cílem snížit emocionální napětí a poskytnout mechanismus, který by zaměstnancům pomohl ke zvýšení svých kulturních kompetencí (Halligan, 2006, s. 1571).

Rodina je základem islámské společnosti. Stabilní rodinné zázemí přináší mír a pocit bezpečnosti a je nezbytnou součástí duchovního růstu. Široké rodiny umožňují zlepšování společnosti. Základním islámským učením je respekt vůči rodičům a dobrá péče o ně. Jedná se o velmi důležitou součást muslimské víry a slouží jako její projev. Děti jsou velmi ceněné a zřídka opouštějí domov dříve, než se ožení či vdají. Rozvod je v islámské společnosti

málo běžný (Ott, Al-Khadhuri, Al-Junaibi, 2003, s. 228). Muslimská kultura je více orientovaná na rodinu, než na jedince. Je jádrem společnosti a ústřední hodnoty tvoří rodinné závazky, čest a jednota. Rodinná struktura je převážně patriarchální a vzhledem k tomu, že se jedná o systém široké rodiny, často jsou jejími členy tři i více generací. Takovýto systém zajišťuje stabilitu, stejně jako fyzickou a emocionální podporu, a to zejména v dobách nouze. Muslimové obětovávají svoji oddělenost a individualitu k udržení rodinné soudržnosti. Self-image, sebevědomí, bezpečí a identita jsou odvozeny z rodinných vztahů (Dhami, Sheikh, 2008, s. 352, Lovering, 2012, s. 174). Kladení důrazu na rodinu je jedním z nejnápadnějších rysů muslimské společnosti. Rodina je považována za základ zdravé a vyvážené společnosti. Kulturám, které jsou zaměřené na osobnost člověka, může tento fakt připadat pozoruhodný. V muslimské kultuře, stejně jako v jiných tradičních kulturách, roste respekt a úcta, v závislosti s věkem. Prarodiče jsou respektováni za své životní zkušenosti a jejich postavení v rámci rodiny. Moci se účastnit zajišťování potřeb svých rodičů v pokročilém věku je vnímáno jako dar od Alláha (Dhami, Sheikh, 2000, s. 353). Hospitalizovaný muslim může mít velký počet návštěvníků, protože muslimové jsou povinni navštěvovat své nemocné (Charles, Daroszewski, 2012, s. 62).

Transkulturní komunikací rozumíme komunikaci v řadě situací, kdy dochází ke sdělování informací mezi lidmi, kteří disponují odlišnou jazykovou či kulturní výbavou. Mezi faktory ovlivňující takovouto komunikaci řadíme specifika jednotlivých jazyků, kultur, způsobů myšlení a uspořádání hodnot a preferencí všech komunikujících (Průcha, 2010, s. 16).

Průcha uvádí, že množství studií dokládá, že to, jak lidé komunikují, určuje řada faktorů. Mezi ně řadí individuální rozdíly jednotlivých etnik, národů či rasových skupin. Často se však v praxi stává, že tato specifika při komunikaci lidé neznají nebo je neuznávají (Průcha, 2007, s. 148).

Efektivní komunikace je široce považována za klíčový faktor spokojenosti pacienta, jeho compliance a procesu zotavení. Z tohoto důvodu by komunikace a komunikační schopnosti měly hrát důležitou roli v ošetrovatelství, ať už ve vzdělávání nebo v praxi (Chant et al., 2001, s. 13; Mebrouk, 2008, s. 158). Komunikace mezi pacientem a sestrou může být narušena, kromě toho, že nemají společný jazyk, různými faktory. Patří sem fyzické faktory, osobní prostor, čas a osobní faktory (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 243). Efektivní komunikace mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče je důležitým prvkem v kvalitě zdravotní péče, a dosažení kvalitní zdravotní péče je etickým požadavkem. Poskytovatelé péče potřebují komunikační dovednosti k pochopení významu nemoci ke stanovení sociálních a rodinných souvislostí pacientů, a k poskytování péče kulturně kompetentní a zaměřené na pacienta (Dogan et al., 2009, s. 694).

Chant zdůrazňuje čtyři úrovně komunikačního chování (viz. Příloha – Obrázek 1), které pomáhají identifikovat typy jevů souvisejících s pojmem komunikační dovednosti. První úroveň (proces komunikace) se týká komunikačního procesu samého, pokud jde o interpersonální předávání informací. Druhá úroveň (režim smyslové komunikace) se týká způsobu komunikace a toho, jaké smysly a smyslové reakce jsou využívány při komunikaci. Postup a způsob komunikace tvoří základ třetí úrovně, tedy komunikační dovednosti. Jedná se o shluky různých smyslových reakcí, logicky uspořádané, aby vytvářely celistvou zprávu nebo způsob chování. To nevyklučuje dovednosti, které zahrnují introspektivu a emocionální rozměr, jako je sebeuvědomění, empatie nebo reflexe. I všechna tato chování zahrnují účast smyslů a smyslových podnětů při účasti na interakci a sdělování druhým. Čtvrtá úroveň může být popisována jako komunikační strategie (Chant et al., 2002, s. 13–14).

Důležité je si uvědomit, že osoby vyznávající muslimskou víru nejsou homogenní skupinou, a to vzhledem k tomu, že jsou rozloženi po celém světě a mají různý národnostní, kulturní, politický, socioekonomický a etnický původ. Avšak sdílejí stejné společné atributy vycházející z islámského náboženství, které ovlivňuje všechny aspekty jejich života od narození, přes manželství a rodinné zázemí, až po politické, ekonomické a sociální vztahy. Při péči o lidi různých etnokulturních skupin by sestry, v ideálním případě, měly mít povědomí a respekt vůči specifickým kulturním a náboženským hodnotám a vyznáním, které mohou ovlivňovat jejich schopnost poskytovat kulturně kompetentní péči. V procesu poskytování kulturně kompetentní péče by sestry měly nejen znát a brát v úvahu, do jaké míry kulturní příslušnost pacienta určuje jeho pohled na zdraví a nemoc, ale je také potřeba, aby uměly s těmito pacienty účinně komunikovat. Del Plaza Pino popisuje tři složky interkulturní komunikace. Kognitivní složku, která zahrnuje znalosti, porozumění a povědomí o všech kulturních a komunikačních prvcích. Emocionální, obsahující schopnost vyjadřovat pozitivní emocionální reakce a ovládat reakce, které mohou narušit interkulturní komunikační proces. A poslední složku, behaviorální, která se vztahuje na všechny verbální a neverbální dovednosti a ukazuje behaviorální adaptaci vedoucí k řádné a efektivní komunikaci (del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 2). Poskytování interkulturní komunikace může být bráněno jazykovou a kulturní odlišností sester, špatně vytvořenými standardy péče pro kulturně odlišné pacienty a špatnými komunikačními dovednostmi poskytovatelů služeb (Betancourt et al., 2002, s. 3–5). Stereotypy vůči různým národnostem, nedostatek porozumění jiným kulturám a nedostatek účinných komunikačních strategií také významně brání dobré interkulturní komunikaci. Sestry by si proto měly být vědomy řady faktorů, které mohou bránit komunikaci. Patří sem potenciální stereotypizace lidí

a zkršený pohled na různé situace zakládající se na kultuře, což má za následek střety a nedorozumění. Takoví pacienti mohou být následně považováni za nespolupracující, nonkompliantní a tvrdohlavé. Strategie na zlepšení komunikace a kulturních kompetencí musí zajišťovat, aby sestry pochopily a pracovaly na osvojování si kulturních komunikačních schopností. K poskytování kompetentně kulturní péče je potřeba neustále zlepšovat svoje schopnosti. Činnosti vedoucí k profesionálnímu rozvoji musí zahrnovat pochopení jiných kultur, vzájemnou úctu, schopnost naslouchat, empatii a schopnost vyrovnat se s kulturně citlivými otázkami. Snadnější přístup tlumočnických služeb a dostupné komunikační strategie jsou taktéž důležité. Významné je pokud zdravotník zná jazyk pacientů, i když jen na bazální úrovni, a chápe řeč těla vzhledem ke kulturním rozdílům (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 242–250).

Interkulturní kompetence by měly být požadovanou a integrovanou součástí vzdělávání a profesního rozvoje poskytovatelů zdravotní péče na všech úrovních. Učební osnovy by měly:

- zvyšovat povědomí o rasových a etnických rozdílech v oblasti zdraví a významu sociokulturních faktorů na zdraví,
- pomáhat určovat vliv rasy, etnického původu, kultury a třídy na rozhodování,
- rozvíjet dovednosti v oblasti lidských zdrojů pro mezikulturní hodnocení, komunikaci a vyjednávání (Betancourt et al., 2002, s. 18-19).

Nácvik činností, komunikační cvičení, hloubková cvičení a didaktické materiály lze doporučit jako dobré učební pomůcky. Didaktické materiály zahrnující vnímání nemoci, rozhodování se a využívání doteku, by měly být zahrnuty do vzdělávacích programů pro pregraduální studenty ošetrovatelství

nebo v multikulturních vzdělávacích kurzech pro studenty a i zkušené zdravotnické profesionály (Dogan et al., 2009, s. 694).

Politika a filosofie nemocnic a dalších institucí by měla odrážet kulturní návyky spojené s návštěvami rodinných příslušníků, cudností pacientů, genderově specifickou péčí, komunikací a spiritualitou (Halligan, 2006, s. 1571).

2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY

Průcha uvádí, že podle současného vědeckého zdroje, kterým je Atlas of the World's Languages, ve svém 2. vydání popisuje, že počet živých jazyků dosahuje více než 6000. Z toho je asi 50 jazyků popsáno v Evropě. Dále uvádí, že dvanácti nejvíce zastoupenými jazyky mluví (jakožto mateřským jazykem) více než 50% světové populace. Jsou to především čínština, španělština, hindština, angličtina, portugalština, ruština a další. Z hlediska interkulturní komunikace to znamená, že pokud někdo mluví některým z těchto jazyků, má zvýšenou šanci komunikovat s poměrně velkou částí lidstva – záleží ovšem na konkrétním jazyku a kontinentu (Průcha, 2010, s. 70-71).

Pro snazší kontakt poskytovatele péče s pacientem je důležité navázat osobní vztah a pochopit nuance komunikace, ať už verbální či neverbální. V první řadě by mělo dojít k posouzení jazykového porozumění. V případě potřeby zvolit služby tlumočnicka. Pokud je pro komunikaci využíván člen rodiny, je nutné si uvědomit, že takováto situace může mít nepříznivé důsledky. Rodina či přátelé mohou filtrovat důležité části rozhovoru bez uvědomění personálu. Tlumočníci by měli být zblhlí v obou jazycích, rozumět lékařské terminologii, a co je důležité, chápat obecné kulturní normy. V případě projednávání citlivých a intimních témat, jako jsou sexuální vztahy, by měl být tlumočnick stejného pohlaví. Když profesionální zdravotnický tlumočnick není k dispozici, primární alternativou by měl být zdravotnický pracovník se stejným kulturním/náboženským zázemím, který nemá osobní vztah s pacientem. Dalším důležitým aspektem dobrého vztahu mezi poskytovatelem péče a pacientem je styl komunikace a volba slov. Například arabština je často opakující se a květnatá. Při dotazování by mělo být využíváno spíše otevřených otázek než těch uzavřených (Hammound,

White, Fetters, 2005, s. 1308–1309). Samotná jazyková bariéra byla často považována za hlavní důvod problémů s koexistencí a nedorozumění v interkulturní komunikaci. Studie založená na sběru dat pomocí semistrukturovaných rozhovorů se španělskými sestrami a marockými pacientkami s muslimskou vírou ukázala, že mezi hlavní důvody patří nepřizpůsobení péče pacientově kultuře, nedostatek zkušeností s interkulturní péčí a s tím spojený nedostatek schopností. Pokud došlo k problémům dorozumět se pomocí jazyka, snažili se zaměstnanci řešit tento problém vynakládáním většího úsilí v komunikaci. Používáním gest a s pomocí příslušníků stejné národnosti, kteří byli schopni dorozumět se oběma jazyky, dokázali porozumět natolik, že byli schopni zabezpečit pacientovy základní potřeby, jako je hlad a hygiena (del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 3–5). Halligan se ve své studii zabýval problematikou péče sester v intenzivní péči v nemocnici v Saúdské Arábii. Studie byla provedena pomocí rozhovoru. Obtížnost komunikace byla považována za jednu z hlavních překážek v rozvíjení dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou. Uvádí, že komunikace byla primárně neverbální a péče byla vnímána jako mnohem obtížnější vzhledem k jazykové bariéře. Často docházelo k vytváření napětí mezi pacientem, rodinou a sestrou, které vycházelo z toho, že sestry nemluvily plynule arabsky. Z tohoto důvodu se pacienti a rodiny pokoušeli získat pozornost personálu pomocí řady gest, jako luskáním prstů, což bylo personálem považováno za agresivní (Halligan, 2006, s. 1569). V roce 2009 byla v periodiku *Nursing Ethics* publikována studie skupiny autorů zabývající se zkušenostmi tureckých občanů s přístupem německých ošetrovatelských profesionálů. Zúčastnilo se jí 50 občanů s tureckým původem, 50 sester a 50 fyzioterapeutů. Nejčastější společný problém pro pacienty (100%) i zdravotnický personál (95%) byla špatná komunikace z důvodu jazykové bariéry. Z 50 pacientů, kteří zmínili, že představuje velký problém, z nich

30 uvedlo, že byli schopni komunikovat přímo, zatímco 20 se spoléhalo na překladatele. Jejich překladatelé byli většinou manželé či manželky, děti, jiní příbuzní či přátelé. Pacienti, kteří s personálem komunikovali prostřednictvím překladatele, uvedli, že ve věcech důvěrných se cítili nesví, protože nekomunikovali přímo se zdravotnickým pracovníkem. Uvědomovali si, že péče a medikace jim poskytnutá byla touto bariérou limitována, z čehož plynul pocit zanedbávání způsobený komunikačními problémy. Ačkoliv pacienti dostatečně nerozuměli některým sdělením, měli pocit, že musejí předstírat, že ano. V důsledku této situace se obávali možných nesprávných či nechtěných léčebných opatření. Zdravotničtí pracovníci se shodli na tom, že zvyky vycházející z kultury, jako je stravování, návštěvy pacientů a hygiena byly důležitými faktory při poskytování péče pacientům cizincům. 90% fyzioterapeutů zdůraznilo, že si vždy bylo vědomo kulturních, náboženských a komunikačních rozdílů u pacientů cizinců (Dogan et al., 2009, s. 683–689). Nedorozumění v důsledku jazykových a kulturních odlišností má druhotný dopad na širší společnost a systém zdravotní péče. Role rodinných příslušníků, kteří doprovázejí pacienty během jejich hospitalizace, je zásadní pro základní komunikaci, která má být zdvořilá a etická. Pravdivá a informativní komunikace a příslušná compliance vůči lékařským rozhodnutím je základním kamenem péče, a je třeba ji podporovat všemi možnými způsoby (Dogan et al., 2009, s. 694). Odborníci a články uvádějí, že jiné komunikační bariéry, mimo jazykové, mohou vést k rozdílům v péči. Pokud zdravotníci selžou v porozumění sociokulturním rozdílům mezi jimi samými a jejich pacienty, komunikace a důvěra mezi nimi může utrpět. To může vést k nespokojenosti pacienta, špatnému dodržování farmakoterapie a strategií na podporu zdraví, a horším výsledkům v oblasti udržování zdraví. Pokud navíc zdravotníci neberou v úvahu sociokulturní

faktory, pak mohou vznikat stereotypy ovlivňující jejich chování a klinické postupy (Betancourt et al., 2002, s. 5).

Kromě komunikačních bariér, sestry procházejí kulturním šokem, který může vyústit v konflikty a následný stres. Kulturní šok je běžný fenomén, který nastává, když sestry pečují o pacienty pocházející z kultur odlišných, než je jejich vlastní (Pickrell, 2001, s. 130). El-Amouri a O'Neillová uvádějí, že pokud pacient reaguje způsobem, který je pro sestry neznámý, může je to zmást, dezorientovat a rozrušit. Zde nastává vlastní dilema pro sestry, protože je třeba, aby se vyrovnaly s kulturními a jazykovými rozdíly v daném pracovním kontextu odpovídající kulturně kompetentní péči. Závažným problémem je skutečnost, že nedostatek jazykových dovedností a kulturních znalostí, jak ze strany pacientů i zdravotníků, může znamenat rozdíl mezi životem a smrtí. V situacích jako je tato, jsou sestry vystaveny riziku vytváření řady chyb, ať už minimálních či závažných. Chyby mohou nastat, protože efektivní komunikace vyžaduje nejen znalost jazyka, ale také kulturní porozumění (interkulturní gramotnost), aby zdravotní péče byla kulturně kompetentní (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 241). V roce 2008 byla v Austrálii provedena studie pomocí semistrukturovaných individuálních a skupinových rozhovorů. Cílem bylo zjistit, zda jsou lidé, kteří mají angličtinu jako svůj druhý jazyk nebo anglicky nemluví vůbec, vystaveni předsudkům a diskriminaci kvůli své jazykové odlišnosti. Použití jiného jazyka bylo zdravotníky běžně považováno za problém, který byl podle nich způsoben spíše neschopností pacientů mluvit anglicky, než neschopností zdravotníků pomoci naplnit pacientovy komunikační potřeby. Předsudek na základě jazyka je silnou, ale přehlíženou formou kulturního rasismu ve vztahu k diskriminaci lidí, kteří neovládají úřední jazyk dané země. Kulturní rasismus je proces, při němž lidé, kteří se silně identifikují s určitými jazykovými skupinami, náboženstvími, zvyky, normami a zvyklostmi, včetně typického

stylu oblékání, chování, jídla, hudby a literatury, stávají terčem poškozování a diskriminace na základě těchto vlastností. I když se rasismus často objevuje ve výzkumech v Kanadě, ve Spojených státech amerických, Velké Británii, Evropě a i v Austrálii, jako možná příčina přetrvávajících zdravotních rozdílů na základě rasového nebo etnického zařazení, podceňuje se jeho možný dopad jako determinantu a ukazatele bezpečnosti zařízení a kvality poskytované péče (Johnstone, Kanitsaki, 2008, s. 20–24).

Mebrouková naproti tomu zdůrazňuje, že zvládnutí arabského jazyka má vliv na pacientovu spokojenost a výsledek péče. Jedna z respondentek, podílejících se na její studii týkající se muslimských sester a muslimských pacientů, při rozhovoru označila za hodnotné, když oba, sestra i pacient, užívají stejný arabský dialekt. Autorka také uvádí, že užití humoru a vtipů jako způsobu verbální komunikace je jedna z možností uvolnění napětí u pacientů a napomáhá tak k relaxaci (Mebrouk, 2008, s. 155). Učení se novému jazyku může mít pozitivní výsledky nejen pro toho, kdo se jej učí, ale i pro lidi se kterými komunikuje. I bez dosažení dokonalé úrovně může mít sestra výhodu v komunikaci s pacienty, aby byla schopná zjistit, kde je něco bolí, či jak se cítí (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 251–252).

Youdelmanová a Perkinsová zjišťovaly na jaké úrovni je poskytování jazykových služeb u malých poskytovatelů péče ve Spojených státech amerických, uvádějí 10 možností pro zlepšení verbální komunikace zaměstnanců:

- **Plány přístupu k jazyku**

Poskytovatelé jmenovali zaměstnance odpovědného za jazykové služby, dle návrhu amerických úřadů rozvíjí písemné jazykové plány, podle kterých je možné zjistit jazykové potřeby a navrhnout podle nich strategie vedoucí k jejich naplnění.

- **Určení jazykových potřeb při prvním kontaktu**
Využití posterů a kartiček, na kterých je například předtištěno „Mluvím ...“, zejména využívány zaměstnanci, kteří bývají prvním kontaktem pro pacienta ve zdravotnickém zařízení.
- **Bilingvální nelékařští zdravotničtí pracovníci**
Přijímání bilingválních nelékařských zdravotníků (např. sestry).
- **Bilingvální administrativní pracovníci**
Přijímání bilingválních administrativních pracovníků pro komunikaci s pacienty, vyřizování telefonátů, plánování schůzek aj.
- **Interní tlumočníci**
Přijímání tlumočnicků, zejména v obcích s horší poptávkou po jazykových službách, na plný nebo částečný úvazek.
- **Externí tlumočníci**
Využívání smluvních externích tlumočnicků v případě potřeby.
- **Zapojení komunity**
Jiné místní nemocnice, další poskytovatelé péče, vysoké školy aj.
- **Odbornost tlumočnicků**
Zvýšení jazykové odbornosti bilingválních zaměstnanců, kteří mohou pomoci jako tlumočníci.
- **Tlumočení po telefonu**
Někteří poskytovatelé vyvíjejí způsoby, jak zajistit služby tlumočnicka přes telefon. Některá zařízení umístila reproduktory telefonů ve vyšetřovných, některá pořídila přenosné mobilní telefony, kterou mohou být snadno použity jak poskytovateli péče, tak pacientem.
- **Zapojení rodiny a přátel pacienta**

Poskytovatelé se snaží minimalizovat využití přátel a rodinných příslušníků jako tlumočnicků. Tam, kde se ještě stále využívají, se poskytovatelé služeb zároveň snaží zajistit vyškoleného tlumočnicka.

- **Tlumočnické služby po celou dobu hospitalizace**

Využití tlumočnicků při příjmu, klinických vyšetřeních a v následné péči.

- **Překlad dokumentů**

Přeložené materiály, které nabízejí různé organizace, internetové materiály federální a státní vlády, materiály získané z jiných zemí. Pro překlad spolupracují s bilingválními zaměstnanci, smluvními tlumočnickými či náboženskými organizacemi.

- **Spokojenost pacientů**

Sledování spokojenosti pacientů jako evaluace sloužící k dalšímu rozšiřování jazykových služeb.

- **Možnosti financování**

Hledání možností financování z různých zdrojů: federální vláda, státní vláda, fondy či neziskové organizace (Youdelman, Perkins, 2005, s. 6–8).

3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE ZAMĚŘENÁ NA SPECIFIKA MUSLIMSKÉ MINORITY

Obecně platí, že literatura popisující péči o muslimské pacienty označuje za významné zachování studu. Při lékařských a ošetrovatelských postupech a vyšetřeních je třeba, aby se zabránilo kontaktu mezi mužskými zdravotnickými pracovníky a ženami s muslimskou vírou. V některých případech pacienti očekávají, že péče bude poskytována v rámci genderové separace (Lovering, 2012, s. 175). Potřeba chránit skromnost a důstojnost při setkání ve zdravotnických zařízeních vyplývá z náboženské povinnosti o zachování cudnosti a čistoty. Hidžáb znamená separaci a je determinován kulturou. Představuje hodnotu vycházející z očekávání genderově specifické péče. Cudnost je základní hodnotou pro obě pohlaví, s větším významem u žen. Sexuální vztahy mimo manželský svazek jsou zakázány a je třeba chránit části těla, které mají být zakryty – tzv. awrah. U mužů se jedná o oblast od pupku ke kolenům, zatímco u žen se vztahuje na všechny oblasti těla, vyjma rukou a obličeje. Neexistují žádné náboženské či kulturní požadavky na genderovou separaci mužů a žen při všech setkáních se zdravotní péčí. Pacientovo očekávání genderově specifické péče závisí na stupni konzervatismu v rámci jeho kultury. Ještě větší význam zaujímá v porodnické či gynekologické péči. Kulturní hodnoty s ohledem na gender mají dopad na ošetrovatelské interakce a využití doteku při péči. Islámské učení omezuje nebo zakazuje dotýkání se mezi nepříbuznými muži a ženami, aby se zabránilo případnému nemorálnímu chování. Nicméně toto nevyklučuje fyzický kontakt v případě důvodu a potřeby (Al-Shahri, 2002, s. 135; Padela, del Pozo, 2010, s. 42). Za důležitý aspekt komunikace při poskytování ošetrovatelské péče byl taktéž považován dotek. Začlenění tohoto aspektu péče bylo prováděno s ohledem na pohlaví pacienta. Sestry často označovaly

takovýto dotyk jako „profesionální dotyk“ (Mebrouk, 2008, s. 155). Něžné hlazení muslima po hlavě je nepřipustné. Hlavy se lze dotknout pouze během lékařské prohlídky, jeli tomu tak třeba (Charles, Daroszewski, 2012, s. 62).

Ve všech ošetrovatelských situacích hraje dotek a pacientova cudnost nedílnou součást interakce mezi sestrou a pacientem, a to i bez ohledu na kulturní kontext. Studií bylo ověřeno, že dotyk obecně byl vnímán jako instrumentální či zaměřený na provedení určité činnosti. Řada faktorů stojí v problematice doteků proti sestram. Halligan uvádí, že podle Hallovy proxemické teorie jsou arabské společnosti kontaktními kulturami, avšak zejména mezi stejným pohlavím a v rámci rodiny. Ačkoliv je naprosto normální vidět jít po ulici dva muže ruku v ruce, muži a ženy se na veřejnosti nikdy nedotýkají, protože je toto chování považováno za urážlivé. V této studii tento fakt často vytvářel problém pro účastníky, kdy byly pacientům či rodinám podávány špatné zprávy, protože se jich sestry nemohli dotknout či je utěšit obvyklým způsobem (Halligan, 2006, s. 1570). Některé náboženské požadavky mohou zasahovat do řady způsobů, které poskytovatelé péče používají při navázání vztahu s pacienty. Například někteří muslimové, zejména ženy, které vyžadují hidžáb, a ortodoxní muslimští muži, si nemusí potřást rukou s příslušníkem opačného pohlaví. Nejlepší je se podání ruky vyhnout nebo tak učinit v případě, že jsou k tomu vyzváni. Kromě toho je nutné se vyhnout takovým dotekům, jako je poplácání po ruce nebo uklidňující objetí, pokud není poskytovatel stejného pohlaví. Bez pochopení a respektování těchto kulturních norem mohou poskytovatelé neúmyslně způsobit pacientovo odcizení se, a to navzdory záměrům vytvořit mu pohodlné prostředí (Hammound, White, Fetters, 2005, s. 1309). Všechny sestry dotazované ve studii Mebroukové zmínily důležitost genderové separace a popsaly specifické obavy týkající se soukromí, ať u mužů či žen. Uvedly, že by pacientky ze Saúdské Arábie nechávaly patřičně zakryté po celý

čas, a to i v případě, že by byly v bezvědomí. Navzdory společenské hodnotě separace tři respondentky nepopisovaly, při diskuzi o péči o mužské pacienty, že by v případě nutnosti měly významné problémy pečovat o muže. Nicméně uvedly, že fyzikální vyšetření a ošetření, které by zahrnovalo oblast genitálií by bylo nepřijatelné. V takovéto situaci by měla být sestra schopna identifikovat daný problém prostřednictvím rozhovoru, a samotnou činnost by musel provést mužský zdravotnický profesionál (Mebrouk, 2008, s. 155). Muslimské pacientky kladou velký důraz na cíl udržení skromnosti a soukromí. V některých případech může blízký rodinný příslušník stejného pohlaví pomoci při mytí nemocného. Dobrá komunikace a otevřený dialog je klíčem k poskytování kulturně citlivé péče. Pokud je to možné, péče by měla být nastavena tak, aby poskytovatel i příjemce péče byli stejného pohlaví. Tento požadavek vzrůstá s vyšším počtem mužů v ošetrovatelství a v ostatních oborech zdravotní péče (Gulam, 2003, s. 82).

Arabové používají celou řadu gest, jako luskání prstů. Tato skutečnost je široce přijímána na celém Středním východě, zatímco v západních zemích jsou některá gesta považována za neslušná a neprofesionální. Znalost pacientovi kultury může vést ke snížení frustrace. Autor dodává, že „jakmile se člověk naučí jejich zvyky, pomůže mu to pochopit“ (Halligan, 2006, s. 1570).

Levá ruka je považována za nečistou. Z tohoto důvodu by poskytovatelé péče měli používat pouze pravou ruku při poskytování léků a léčby (Gulam, 2003, s. 82). Z toho plyne, že pravá ruka by měla být používána k jídlu a levá při vyprazdňování (Charles, Daroszewski, 2012, s. 62).

Komunikace může také představovat problém, pokud zúčastněné strany pocházejí z kultur, které potřebují odlišné množství osobního prostoru. Autoři uvádějí, že například Pákistánci, a další jiné kultury, vyžadují menší interpersonální prostor v porovnání s Araby a příslušníky jiných kultur (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 244).

K vytvoření důvěry mezi poskytovatelem a pacientem může přispívat držení či řeč těla. Například navázání očního kontaktu s přikývnutím signalizuje otevřenost, empatii a zájem o pacientův problém (El-Amouri, O'Neill, 2001, s. 244). Oční kontakt byl považován za cenný při komunikaci. Sestry však popisovaly obavy s udržováním očního kontaktu v situacích, kdy komunikovaly s mužskými pacienty. Jedna z respondentek uvedla, že byla v tomto ohledu opatrná, protože by to muži neakceptovali a mysleli by si, že je nezdvořilé dívat se přímo do očí. Úsměv byl považován za přínosný v ošetrovatelské péči a neprokázalo se, že by bylo potřeba brát v úvahu nějaké faktory vzhledem k pohlaví. Použití úsměvu bylo považováno za možné i v případě, kdy sestra nosila přes tvář závoj, protože při něm oči vypadají jinak (Mebrouk, 2008, s. 155). El-Amouri a O'Neillová (2011, s. 250) vyzdvihují v rámci neverbální komunikace důležitost vizuálních pomůcek, prvků znakového jazyka, gest a jiných projevů, a překladatelských či tlumočnických služeb při verbální komunikaci.

Muslimští pacienti se mohou cítit pohodlněji, pokud zdravotnický personál před vstupem do pokoje oznámí svůj příchod, což jim dá čas pro zakrytí potřebných částí těla. Autoři uvádějí, že takovéto oznámení, obsahující žádost o zaklepaní a vyčkání na odpověď před vstupem, může být rovněž umístěno na dveřích pokoje. To má zásadní význam zejména pro muslimské pacienty dodržující hidžáb, aby měly dostatek času na zakrytí těla a vlasů (Hammound, White, Fetters, 2005, s. 1309).

Obecně platí, že muslimské ženy preferují jako poskytovatele zdravotní péče ženský zdravotnický personál. Není-li to možné, měl by být pacient informován a požádán o alternativní návrhy pro zajištění dostatečného pohodlí. Například při vyšetřování či ošetrování mužským pracovníkem by s ní měl být přítomen buď člen rodiny nebo jiná žena ze zdravotního personálu. V případě život ohrožujících situacích, nebo pokud nejsou možné

jiné alternativy, islám umožňuje, aby o pacienta pečoval personál odlišného pohlaví. I v těchto situacích je ovšem třeba dbát na to, aby se minimalizovala doba expozice pacientova těla a narušení jeho studu. Pokud není možné vyšetření a ošetření poskytovatelem péče stejného pohlaví, ortodoxní muslimské ženy by mohly odmítnout léčbu bez ohledu na to, jak je situace naléhavá (Hammound, White, Fetters, 2005, s. 1309–1310).

Je možné, že význam genderové separace obyvatelstva, včetně situací ve zdravotní péči, se bude stávat potenciálně mnohem větším problémem. A to v závislosti na tom, zdali budou ženy sestry moci poskytovat péči mužským pacientům. Zatímco stále chybí uznání ošetřovatelství jako vhodného povolání pro saúdskoarabské ženy, objevuje se rostoucí riziko toho, že ženy ze Saúdské Arábie se stále zdráhají vstupovat do ošetřovatelských škol. Tato skutečnost může vést ke konfliktní situaci, která nakonec povede ke značným problémům při poskytování péče saúdskoarabské ženské populaci, z důvodu zvyšujícího se nedostatku sester (Mebrouk, 2008, s. 159).

ZÁVĚR

Hlavním cílem této přehledové bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky o transkulturní komunikaci v ošetrovatelské péči se zaměřením na specifika muslimské minority. Dílčími cíli bylo podat a shrnout dohledané informace o verbální a neverbální komunikaci s muslimy, se zaměřením na jejich kulturní a náboženská specifika.

Autoři se shodují v tom, že při komunikaci s muslimy hraje velkou roli jejich náboženství, které pro ně představuje smysl života. Pokud má být péče opravdu kulturně kompetentní, je třeba umět chápat pacientovi potřeby k udržování náboženských zvyků (Mohammadi, Evans, Jones, 2007, s. 311; Al-Shahri, Al-Khenaizan, 2005, s. 432; Charles, Daroszewski, 2012, s. 61–63; Halligan, 2006, s. 1568–1571). Nemenší význam, při komunikaci a péči o muslimského pacienta, má vliv rodina (Ott, Al-Khadhuri, Al-Junaibi, 2006, s. 228; Dhami, Sheikh, 2008, s. 352–353; Lovering, 2012, s. 174; del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 2). Autorky Charlesová a Daroszewská (2000, s. 353) zdůrazňují, že je pravděpodobné očekávat u hospitalizovaného muslima početné rodinné návštěvy, jelikož jim to víra nařizuje. Efektivní komunikace je považována za důležitou, ne-li klíčovou, roli v poskytování kvalitní a etické péče (Chant et al., 2001, s. 13; Dogan et al., 2009, s. 694). Komunikace může být negativně ovlivněna špatnými komunikačními dovednostmi poskytovatelů péče, neznalostí specifických kulturních a náboženských hodnot, jazykovou a kulturní odlišností, špatnými standardy péče o kulturně odlišné pacienty a stereotypy vůči různým kulturám (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 243; del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 2; Betancourt et al., 2002, s. 3–5). Autoři Betancourt a Dogan uvádějí, že dovednosti k patřičné transkulturní komunikaci je potřeba rozvíjet

už u studentů a pokračovat s ní i u již pracujících ošetrovatelských profesionálů (Betancourt et al., 2002, s. 18–19; Dogan et al., 2009, s. 694). Hlavní cíl byl splněn.

Zásadním problémem při verbální komunikaci se ukázala být jazyková bariéra, která často vedla k nechtěným nedorozuměním (del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 3–5; Halligan, 2006, s. 1569; Dogan et al., 2009, s. 694). Možnosti k řešení jazykové bariéry je například vynaložení většího úsilí v komunikaci s použitím gest. Nejzásadnější je však využití tlumočnicků, ať už profesionálů nebo z řad pacientů schopných komunikovat v obou jazycích či z řad personálu, ale nejvíce se využívají rodinní příslušníci či přátelé pacientů. Zároveň však autorky Youdelmanová a Perkinsová dodávají, že současný trend ve Spojených státech amerických je minimalizace využití přátel a rodinných příslušníků jako tlumočnicků (del Plaza Pino, Encarnación, Higginbottom, 2013, s. 3–5; Dogan et al., 2009, s. 683–689; Youdelman, Perkins, 2005, s. 6–8). V souvislosti s verbální komunikací autorky Johnstone a Kanitsaki (2008, s. 20–24) upozorňují na možnou diskriminaci pramenící z toho, když pacienti neovládají mateřský jazyk dané země. Uvádí, že se spousta studií a publikací věnuje výzkumu rasismu, ale stále je tento faktor, poukazující na bezpečnost a kvalitu poskytované péče zdravotnickým zařízením, podceňován. Také první dílčí cíl byl splněn.

V rámci neverbální komunikace představovala zásadní problém tabuizace doteku islámem. Autoři uvedli, že pokud došlo v péči k interakci pomocí doteku mezi pohlavími, byl tento dotek prováděn a popisován jako profesionální (Mebrouk, 2008, s. 155; Halligan, 2006, s. 1570). Tato skutečnost přímo souvisí s genderovou separací, která je přikázána Koránem, avšak očekávání genderově specifické péče závisí na stupni konzervatismu v rámci jeho kultury (Lovering, 2012, s. 175; Al-Shahri, 2002, s. 135; Padela, del Pozo, 2010, s. 42). Zdravotníci by se tedy měli kontaktu

s pacientem opačného pohlaví snažit vyvarovat, a to zejména v případě, kdy je poskytovatelem péče muž a příjemcem péče žena muslimka (Hammound, White, Fetters, 2005, s. 1309–1310). Požadavek na genderově specifickou péči vzrůstá s vyšším počtem mužů v ošetrovatelství a jiných zdravotnických oborech (Gulam, 2003, s. 82). Dále je důležité si uvědomit, že muslimové používají celou řadu gest, která mohou být poskytovateli ze západních společností považována za nevhodná či agresivní (Halligan, 2006, s. 1570). Muslimové považují levou ruku za nečistou a měla by tak být využívána například při hygieně po vyprazdňování, naproti tomu pravá ruka mimo jiné k jídlu (Gulam, 2003, s. 82; Charles, Daroszewski, 2012, s. 62). Komunikaci může dále také ovlivňovat fakt, že některé kultury vyžadují při komunikaci odlišný interpersonální prostor (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 244). Za důležitý byl považován i oční kontakt, avšak kladen byl důraz na problematiku mezi pohlavími, kde by mohl vyvolávat negativní emoce. Úsměv byl taktéž popsán jako přínosný při neverbální komunikaci. (El-Amouri, O'Neill, 2011, s. 244; Mebrouk, 2008, s. 155). Druhý dílčí cíl byl také splněn.

Přínos této práce pro praxi spočívá především v tom, že se zabývá poměrně netradiční minoritou pacientů, se kterými se mohou čeští ošetrovatelští profesionálové setkat. Problematice muslimů, a zejména se zaměřením na prvky komunikace, se celkově ve světě i v České republice, nevěnuje příliš mnoho článků, studií ani publikací. Toto téma mě inspirovalo už během studia. V rámci výuky jsem vypracoval edukační materiál, který se věnoval právě problematice verbální a neverbální komunikace v ošetrovatelské péči o muslimy. Následně jsem jej prezentoval na konferenci pořádanou fakultou zdravotnických věd a zarazil mě přístup a předpojaté postoje některých zúčastněných vůči muslimům. Vzhledem ke globalizaci, možnostem cestování a demografickým předpovědím se předpokládá,

že se s touto skupinou pacientů budou sestry setkávat čím dál tím častěji. Domnívám se tedy, stejně jako většina autorů, že pro ošetrovatelské pracovníky je důležité chápat a respektovat kulturní a náboženské zázemí každého pacienta a ovládat patřičné komunikační dovednosti a strategie.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. AL-SHAHRI, Mohammad Zafir. 2002. Culturally Sensitive Care for Saudi Patients. *Journal of Transcultural Nursing* [online]. 2002, vol. 13, no. 2, pp. 133–138. [cit. 22. 3. 2014]. ISSN 1552-7832. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/11414729_Culturally_sensitive_caring_for_Saudi_patients.
2. AL-SHAHRI, Mohammad Zafir, AL-KHENAIZAN, Abdullah. 2005. Palliative Care for Muslim Patients. *The Journal of Supportive Oncology* [online]. 2005, vol. 3, pp. 432 – 436. [cit. 15. 3. 2014]. ISSN 1544-6794. Dostupné z: <http://www.oncologypractice.com/jso/journal/articles/0306432.pdf>.
3. BETANCOURT, Joseph R., GREEN, Alexander R., CARRILLO, J. Emilio. 2002. Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches. *The Commonwealth Fund* [online]. 2002. [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2002/Oct/Cultural-Competence-in-Health-Care--Emerging-Frameworks-and-Practical-Approaches.aspx>.
4. DEL PLAZA PINO, Fernando J., ENCARNACIÓN, Soriano, HIGGINBOTTOM, Gina. 2013. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BioMed Central Nursing* [online]. 2013, vol. 12, no. 14, pp. 1–8. [cit. 20. 11. 2013]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/14>.

5. DHAMI, Sangeeta, SHEIKH, Aziz. 2000. The Muslim family: predicament and promise. *Western Journal of Medicine* [online]. 2000, vol. 173, pp. 352–356. [cit. 21. 3. 2014]. ISSN 1476-2978. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071164/>
6. DOGAN, Hanzade, TSCHUDIN Verena, HOT, İnci, ÖZKAN, İbrahim. 2009. Patients' transcultural needs and carers' ethical responses. *Nursing Ethics* [online]. 2009, vol. 16, no. 6, pp. 683–696. [cit. 30. 11. 2013]. ISSN 1477-0989. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889910>.
7. EL-AMOURI, Souher, O'NEILL, Shirley. 2011. Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse* [online]. 2011, vol. 39, no. 2, pp. 240–255. [cit. 19. 11. 2013]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5d1a050c-c506-4ce3-82ad-2506d8209044%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107>.
8. GRIM, Brian J., KARIM, Mehtab S. et al. 2011. The Future of the Global Muslim Population, Projections for 2010-2030. *Washington D.C.: Pew's Research Center's Forum on Religion & Public Life*. 2011. [cit. 14. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.pewforum.org/2011/01/27/the-future-of-the-global-muslim-population/>.

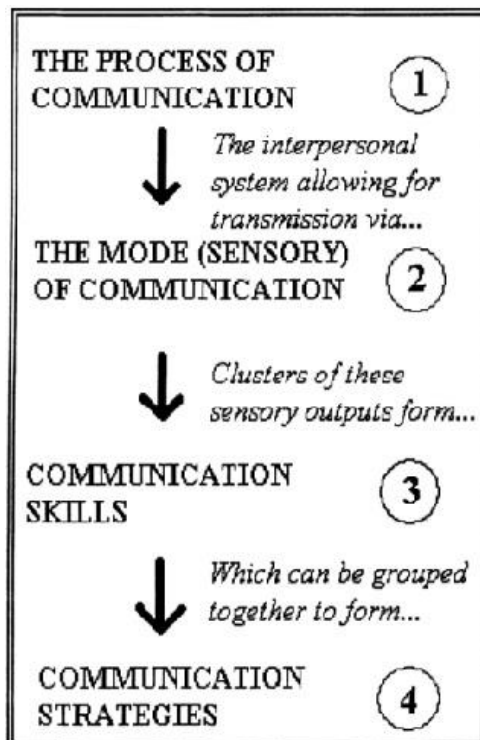
9. GULAM, Hyder. 2003. Care of the Muslim patient. *Journal of the Australian Defence Health Service* [online]. 2003, vol. 4, pp. 81–83. [cit. 24. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.defence.gov.au/health/infocentre/journals/adfhj_sep03/adfhealth_4_2_81-83.pdf.
10. HALLIGAN, Phil. 2006. Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2006, vol. 15, pp. 1565–1573. [cit. 1. 12. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=66d27134-0766-4001-8faa-d6e5ac091b09%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4107>.
11. HAMMOUND, Maya M., WHITE, Casey B., FETTERS, Michael D. 2005. Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American Muslim patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2005, vol. 193, pp. 1307–1311. [cit. 15. 3. 2014]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2805%2900968-3/abstract>.
12. CHANT, Simon, JENKINSON, Tim, RANDLE, Jacqueline, RUSSELL, Graham. 2002. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2002, vol. 11, pp. 11–21. [cit. 19. 11. 2013]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2002.00553.x/abstract>.

13. CHARLES, Carise E., DAROSZEWSKI, Ellen Beth. 2012. Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 2012, vol. 33, pp. 61–63. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1096-4673. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=d67aa312-7d7c-4d93-adb6-760750c95b07%40sessionmgr4005&hid=4107>.
14. JOHNSTONE, Megan-Jane, KANITSAKI, Olga. 2008. Cultural racism, language prejudice and discrimination in hospital contexts: an Australian study. *Diversity in Health and Social Care* [online]. 2008, vol. 5, pp. 19–30. [cit. 5. 2. 2014]. ISSN 1759-1430. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=d67aa312-7d7c-4d93-adb6-760750c95b07%40sessionmgr4005&hid=4107>.
15. LOVERING, Sandra. 2012. The Crescent of Care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity and Equality in Health Care* [online]. 2012, vol. 9, pp. 171–178. [cit. 18. 12. 2013]. ISSN 2049-548X. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d67aa312-7d7c-4d93-adb6-760750c95b07%40sessionmgr4005&hid=4107>.
16. MEBROUK, Jette. 2008. Perception of nursing care: Views of Saudi Arabian female nurses. *Contemporary Nurse* [online]. 2008, vol. 28, pp. 149–161. [cit. 27. 11. 2013]. ISSN 1037-6178. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/203160729?accountid=16730>.

17. MOHAMMADI, Nooredin, EVANS, David, JONES, Tina. 2007. Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2007, vol. 13, pp. 310–315. [cit. 15. 3. 2014]. ISSN 1440-172X. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/68298864/731DAD7A24524B98PQ/?accountid=16730>.
18. OTT, Barbara B., AL-KHADHURI, Jamal, AL-JUNAIBI, Suad. 2003. Preventing Ethical Dilemmas: Understanding Islamic Health Care Practices. *Pediatric Nursing* [online]. 2003, vol. 29, no. 3, pp. 227–230. [cit. 15. 3. 2014]. ISSN 0097-9805. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=823bc16d-84a1-43aa-a5fd-61f7c7db854e%40sessionmgr111&hid=114>.
19. PADELA, Aasim I., DEL POZO, Pablo Rodriguez. 2010. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: an Islamic bioethical perspective. *Journal of Medical Ethics* [online]. 2010, vol. 37, pp. 40–44. [cit. 22. 3. 2014]. ISSN 1473-4257. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/content/37/1/40.long>.
20. PICKRELL, Kathleen D. 2001. A cross-cultural nursing experience on the Rosebud Reservation. *Nurse Educator* [online]. 2001, vol. 26, no. 3, 128–131. ISSN 1538-9855. Dostupné z: http://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Abstract/2001/05000/A_Cross_cultural_Nursing_Experience_on_the_Rosebud.14.aspx.
21. PRŮCHA, Jan. 2010. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.

22. PRŮCHA, Jan. 2007. *Interkulturní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-280-5.
23. The World Factbook 2013-14 [online]. 2013. *Washington, D.C.: Central Intelligence Agency*, 2013. Dostupné z: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.

PŘÍLOHA



Obrázek 1 Model komunikativního chování

Zdroj: Chant et al., 2002, s. 14