



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Muslimský pacient v českém zdravotnictví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kristýna Fraňková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Muslimský pacient v českém zdravotnictví“ 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za její ochotu, vstřícnost, cenné rady a čas, který mi věnovala. Děkuji i za podporu a trpělivost při psaní mé práce.

Muslimský pacient v českém zdravotnictví

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá muslimským pacientem v českém zdravotnictví. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část zaměřujeme na vymezení základních pojmů týkajících se transkulturalismu, islámu a ošetřování muslimského pacienta s využitím modelu Gigerové a Davidhizarové. Cílem empirické části bylo zjistit zkušenosti muslimských pacientů v rámci českého zdravotnictví. Na základě tohoto cíle byly stanoveny výzkumné otázky. VO 1: Jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta z pohledu sester? VO 2: Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví? VO 3: Jaké problémy vnímají sestry při péči o muslimského pacienta? VO 4: Jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví?

Pro sběr dat bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili muslimští pacienti, kteří mají zkušenosti s poskytováním péče v českém zdravotnictví a sestry, které se v průběhu své praxe setkaly s péčí o muslimského pacienta. Z výsledků lze soudit, že dle názoru sester mezi základní specifika ošetrovatelské péče patří pravidla stravování a modlitba. Další šetření prokázalo, že v průběhu poskytování péče je muslimským pacientům umožněno dodržování většiny zvyků, které se tykají jejich náboženství. Dle názoru muslimů je české zdravotnictví na velmi vysoké úrovni. Stejný názor mají také na práci zdravotnického personálu. Jako největší problém při poskytování ošetrovatelské péče muslimským pacientům se ukázala komunikace. Tento problém uváděly sestry i někteří pacienti.

Ze strany personálu docházelo k jazykové bariéře, protože neznali jazyk nebo neměli možnost využít tlumočnicka nebo jazykové karty. Výsledky bakalářské práce pomohou ukázat na největší problémy se kterými se setkávají muslimští pacienti v českém zdravotnictví a také samotné sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči muslimským pacientům.

Klíčová slova

Transkulturalismus; muslim; sestra; migrace; Islám; české zdravotnictví; integrace; komunikace; ošetrovatelská péče;

Muslim patient in Czech healthcare

Abstract

This bachelor thesis is about a Muslim patient in the Czech healthcare system. The main aim of this thesis is to discover experiences of the Muslim patients in the Czech healthcare system. The author of this thesis determined four research questions based on the main aim of this work. Question 1: Which are the specifics of a nursing care of the Muslim patients? Question 2: Which are the most common problems of the Muslim patients in the Czech healthcare system? Question 3: In the perspective of nurses which are the problems in taking care of the Muslim patients? Question 4: What is the opinion of Muslim patients on the Czech healthcare system? Quality research was chosen for data collection. The author used semi-structured interviews. The research file consisted of Muslim patients with their own personal experiences with the Czech healthcare system and of nurses, who took care of a Muslim patient at least once in their career. The results showed that nurses are aware of the main specifics of a nursing care of the Muslim patients. Another research showed that Czech healthcare system enables the Muslim patients to keep practicing most of their customs, which are connected to their religion. This research also showed that the quality of the Czech healthcare system is on a very high level and that Czech nurses are well qualified.

The results pointed out that the communication from the medical staff's side is affected by the language barrier. Nowadays it is common to meet patients from all around the world with different beliefs for example because of the migration. The Muslim patient has got a lot of specifics in ordinary life as well as in his/her healthcare needs. These specifics need to be respected. To be able to give a quality care with respect, it is good to know patients' opinions on the Czech healthcare system. Their experiences and opinions can help with the improvement of the Czech healthcare system. The results of the bachelor's thesis will show the biggest problems faced by Muslim patients in the Czech healthcare system, as well as the nurses themselves, who provide nursing care to Muslim patients.

Key words

Transculturalism; muslim; sister; migration; Islam; Czech healthcare; integration; communication; Nursing Care;

OBSAH

Úvod.....	8
Současný stav	9
1.1 Transkulturalismus.....	9
1.1.1 Historie transkulturního ošetrovatelství	10
1.1.2 Madeliene Leininger.....	10
1.1.3 Migrace v současné době.....	12
1.1.4 Integrace	13
Diskriminační (německý) model integrace	13
Asimilační (francouzský) model integrace	13
Transkulturní (britský) pojem integrace.....	14
1.2 Islám.....	14
1.2.1 Historie Islámu v Evropě.....	17
1.2.2 Historie islámu v České republice.....	18
1.2.3 Současný pohled na Islám	19
1.2.4 Islám a zdravotnictví	20
1.3 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové	21
1.4 Ošetrování muslimského pacienta s využitím modelu Gigerové a Davidhizarové.....	22
1.4.1 Kulturně svébytný jedinec	22
1.4.2 Prostor.....	22
1.4.3 Komunikace.....	23
1.4.4 Biologické odlišnosti	24
1.4.5 Sociální začlenění	25
1.4.6 Čas	25
1.4.7 Vliv prostředí a výchovy	26

2	Cíl práce a výzkumné otázky	28
2.1	Cíl práce.....	28
2.2	Výzkumné otázky	28
3	Metodika	29
3.1	Použité metody a techniky	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	30
4	Výsledky výzkumného šetření.....	31
4.1	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření muslimských pacientů.....	32
4.2	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u sester	39
5	Diskuse	51
6	Závěr.....	57
7	Seznam použité literatury.....	58
8	Seznam příloh	62
9	Seznam zkratk	67

Úvod

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“

Madeleine Leiningerová

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila problematiku spojenou s ošetrovatelskou péčí o muslimského pacienta. V současné době dochází k velké migraci obyvatelstva. Z tohoto důvodu se můžeme ve zdravotnictví setkat s pacienty s odlišnou vírou či náboženstvím. K tomu abychom mohli poskytovat kvalitní péči s respektováním odlišností, je důležité znát specifika daného náboženství či kultury.

Transkulturní ošetrovatelství je v současné době velmi probíraným tématem. Našimi rodinnými přáteli jsou muslimové. Proto jsem se rozhodla zaměřit svou bakalářskou práci na to, jak muslimský pacient vnímá české zdravotnictví a jaký postoj mají zdravotníci k muslimským pacientům. Dále jsem chtěla zjistit, zda zmizely negativní postoje vůči muslimům a jaké mají muslimové zkušenosti s českým zdravotnictvím a s přístupem personálu.

Muslimové jako vyznavači monoteistického náboženství věří v jediného Boha-Alláha. Jsou to velmi přátelští a mírumilovní lidé, pro které je velmi důležitá rodina. Při poskytování péče je důležité brát ohled na specifika jejich víry a žádným způsobem jim nebránit v tom, aby tato specifika mohli dodržovat v průběhu péče. Proto je velmi důležité pochopit jejich náboženství a respektovat je.

Současný stav

1.1 Transkulturalismus

Transkulturalismus je koncept, který představuje nový směr budoucnosti. Jedná se o ideál, jenž můžeme definovat jako doktrínu, která prosazuje právo samostatných etnických skupin se lišit od většinové společnosti, jako má většinová společnost právo na svoji kulturu (Kutnohorská 2013). Transkulturalismus není objevem naší doby, rozvíjí se přes 50 let (Špirudová, 2006).

Leininger, M. (2002) definuje transkulturní ošetřovatelství takto: „*Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče, víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetřovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi, anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem.*“

Z politického hlediska je transkulturalismus spíše zaměřen na prosazování lidských práv a svobod, které by neměly být ohrožovány výhodami určitých etnických, náboženských nebo rasových skupin. Velmi důležitou roli zde hraje i kulturní způsobilost, která je různě definována mnoha autory (Kutnohorská, 2013).

Dle Campinha Bacote, J. (2002) je kulturní způsobilost definována jako: „*proces, ve kterém zdravotník kontinuálně usiluje dosahovat schopnost efektivně pracovat v rámci kulturního kontextu klienta, individua, rodiny, či komunity.*“ (Špirudová, 2006, str.17)

Cross a kol (1989) pojímá kulturní způsobilost takto: „*Lidé rozdílných kultur obývají tatáž teritoria. jakými jsou: nižší/ střední/vyšší třída, rasa, gender, sexuální orientace, náboženská orientace. Systém kongruentního chování, postojů, politiky tvoří ucelený řád, Znalosti řádu poskytuje možnosti efektivně pracovat v transkulturních situacích.*“ (Špirudová, 2006, str.17)

Kulturní způsobilost má pružný a dynamický charakter. Můžeme ji chápat jako proces, ve kterém zdravotník kontinuálně usiluje a dosahuje o schopnost efektivní práce v rámci kulturního kontextu, individua, klienta a rodiny či komunity (Špirudová, 2006).

V současné době máme několik subtypů kulturní péče, mezi které řadíme: péči ochrannou, útěšnou, motivující, povzbuzující, péči, která je založená na náklonnosti neboli filiální péče a péče výchovná a také péče, které jsou specifickými kulturně holistickými konstrukty. Pro příslušníky určité kultury můžeme péči „předepsat“ skoro jako pilulku na danou nemoc (Špirudová, 2006).

1.1.1 Historie transkulturního ošetřovatelství

Madeleine Leingerová si byla vědoma potřeby vzdělávání sester v transkulturní oblasti. Na konci 50. let 20. století přišla s myšlenkou transkulturního ošetřovatelství a teorií kulturní péče. Z důvodu nárůstu multikulturní společnosti bylo transkulturní ošetřovatelství zahrnuto do vzdělávacích programů v mnoha zemích. Cílem bylo zajistit poskytování kulturně kompetentní ošetřovatelské péče (Plevová, 2019).

Jedním z podnětů pro vznik transkulturního ošetřovatelství byla aplikace vhodných znalostí při poskytování kulturně uzpůsobené a specifické péče o lidské potřeby a zdraví. Z důvodu lepšího pochopení v roce 1985 M. Leiningerová předložila podrobnou transkulturní teorii a její model. Transkulturní ošetřovatelství dosáhlo statutu celosvětové uznávané odbornosti v devadesátých letech 20. století (Špirudová, 2006).

1.1.2 Madeliene Leininger

Za hlavní představitelku a „matkou“ transkulturního ošetřovatelství byla považována Madeliene Leiningerová, jejíž teorie se zaměřovala na význam kultury v profesi sestry a svoji strukturou se stala první ošetřovatelskou teorií (Sagar, 2012). Původně Leiningerová pracovala jako staniční a řádová sestra na chirurgickém oddělení. Později se stala ředitelkou ošetřovatelských služeb na psychiatrickém oddělení (Nemčková, Špirudová, 2005). Při práci na dětské psychiatrické jednotce se Madeline snažila pomoci dětem jiných kultur a zažila kulturní šok. Z důvodu pocitu bezmoci toužila po změně (Leiningerová, 2002). Madeleine byla světově známá výzkumnice, teoretička, pedagožka, autorka, veřejná mluvčí a konzultantka (Archalousová, 2005). V průběhu působení byla univerzitní profesorkou, která přednášela na 85 univerzitách v USA a na šesti univerzitách ve světě (Košková, Eliášová, 2006).

Ošetřovatelskou teorií, jíž se Leiningerová zabývala, označila jako *Model vycházejícího slunce*, jehož hlavní myšlenkou je pochopení a využívání společenských a odlišných

znaků jednotlivých kultur, které hrají velkou roli při poskytování ošetrovatelské péče. Na tento model v 80. letech (konkrétně v roce 1988) navázaly a následně jej rozvíjely profesorky Joyce Newman Gigerová a Ruth Elaine Davidhizarová. (Tóthová et al., 2017).

Model vycházejícího slunce byl vytvořen s cílem ulehčit ošetrovatelskému personálu poskytování a hodnocení ošetrovatelské péče pacientům odlišné kultury. Skládá se ze tří složek – rozměr kulturní a sociální struktury, systém péče a typy péče (Špirudová, 2006).

Jádro modelu je člověk, jako holistická bytost, která je ovlivněna zvyky, modely a praktikami péče dané kultury. Péče je dále ovlivňována faktory technologickými, náboženskými, rodinnými, společenskými a stejně tak životní, prostředí, jazykem a historickými znaky dané kultury. Je důležité zmínit i faktory politické, právní ekonomické a nesmíme zapomenout na faktory vzdělávací. Všechny tyto faktory M. Leininger znázorňuje jako paprsky slunce (Leiningerová, McFarlandová, 2006).

Nesmíme zapomenout na systém péče, který se dělí na tradiční a profesionální. V tradičním systému se poskytuje péče jedincům stejné subkultury. Tento systém se nazývá také jako laický. Narozdíl od tradičního systému profesionálního systému, který představuje názory majoritních etnik, ne členů subkultury (Špirudová, 2006).

Při poskytování kulturně shodné péče je důležité brát ohled na zdravotní stav člověka, jeho aktuální problémy a potřeby. Dle M. Leiningerové je možné tuto péči provést třemi způsoby (Špirudová, 2006). První je Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví – Jak už z názvu vyplývá péče je zaměřená na zachování zdraví podpůrnými aktivitami, nebo na navrácení zdraví nemocnému jedinci (Špirudová, 2006).

Druhý typ je péče umožňující adaptaci člověka. Jedná se o adaptaci, která souvisí s novou kulturní péčí. Nejčastěji se jedná o roli pacienta, ale do této skupiny můžeme zařadit i přizpůsobování se úmrtí v rodině nebo roli mateřskou (Leiningerová, McFarlandová, 2006). Třetí a poslední způsob péče pomáhá uskutečnit změnu. Dle Leiningerové (2006) se tento způsob péče dostává do popředí v případech, kdy je třeba částečně nebo úplně změnit způsob, jakým člověk pečuje o své zdraví (Leiningerová, McFarlandová, 2006). V případě, kdy bude nutné změnit jídelníček

z důvodu nařízené diety, je důležité myslet na zvyklosti pacientovi kultury a dohodnout se s ním (Špirudová, 2006).

1.1.3 Migrace v současné době

Termín migrace je definován jako pohyb osoby nebo skupiny osob, a to buď uvnitř státu, nebo přes mezinárodní hranice. Nejedná se pouze o pohyb uprchlíků, ale také o pohyb vysídlených osob, ekonomických migrantů a ostatních osob, bez ohledu na jejich délku nebo příčinu pohybu. Nejčastějším důvodem migrace bývá zlepšení ekonomických podmínek nebo za účelem vyhnutí se občanským sporům a ekologickým katastrofám (Sartori, 2011).

Migrace obyvatelstva je nedílnou součástí historie, setkáváme se s ní téměř denně a s velkou pravděpodobností se s ní budeme setkávat i v budoucnosti. Jelikož je Česká republika kulturně vyspělý stát, tak bývá cílem etnických menšin z blízkých i vzdálených oblastí. Dalo by se říct, že migrace naší republikou přímo pronikla (Porsche, 2019). Již po 2. světové válce docházelo k velkým přesunům Němců do Československé republiky. V poválečném období došlo nejen k reemigraci osob ze zámoří, ale také z Volyně, Rumunska a z Maďarska. Menšinové společnosti se shromažďují na určitém území, kde ony samy vytvářejí majoritní národnostní společnost (Kutnohorská, 2013).

Dle mezinárodní statistiky v roce 2020 v České republice požádalo o mezinárodní ochranu 1164 migrantů, z toho bylo 366 žádostí opakovaných, 232 žádostí žen a 128 nezletilých žadatelů. Z toho byl azyl udělen 42 osobám a celkem 72 osob dostalo doplňkovou ochranu. Velké množství žádostí bylo negativně zamítnuto nebo zastaveno (Migrace v číslech, © 2020). V průběhu vyřizování žádostí o azyl nemají migranti povolení k práci, musí si vystačit pouze s kapesným. Oproti tomu migranti, kteří do ČR přišli z důvodu studia nebo práce ve firmě na manažerské pozici si jsou rovni s občany České republiky. Ve velké výhodě jsou také ti migranti, kteří umí základy anglického jazyka (Pavlíková, 2012).

Co se týče žádostí o azyl v České republice, počet žadatelů se značně liší dle země, ze které pocházejí. Nejvíce žadatelů o azyl v ČR pocházelo z Ukrajiny, Gruzie, Uzbekistánu a Ruské federace. (Migrace v číslech, © 2020). V současné době

se v České republice nachází kolem 660 000 osob cizí státní příslušnosti. Nejvíce migrantů pochází z Ukrajiny a Vietnamu. (Novotná, 2021). Mezi hlavní důvody migrace do ČR patří válečné konflikty, nedostatek pracovních a ekonomických příležitostí a nízká úroveň životních podmínek (Porsche 2019).

1.1.4 Integrace

Jedná se o proces, při kterém menšinové skupiny plně dodržují svá kulturní specifika, aniž by je tato specifika omezovala či jim komplikovala účastnit se veškerých aspektů majoritní společnosti. Sociokulturní specifika všech skupin jsou uznávána a také politicky tolerována (Kutnohorská, 2013).

Šišková (2011) definuje integraci jako závažný stresující akt, který výrazně zasahuje do lidského života. Ve velmi těžké situaci se nachází uprchlíci, jelikož do nového prostředí přichází nedobrovolně, bez finančních a materiálních opatření a také zde nemají žádné osobní kontakty. Uprchlíci, kteří se nachází na území ČR, nejsou občany se všemi právy a povinnostmi, ale zároveň nemohou být vyhoštěni. Postavení uprchlíka je někde mezi cizincem a občanem dané země. Integraci dělíme do třech základních modelů – diskriminační, asimilační a transkulturní (Šišková, 2011).

Diskriminační (německý) model integrace

Je založen na návratném a také dočasném pobytu přistěhovalců. Imigranti jsou zařazeni do určité společenské skupiny, ale nemají možnost vstoupit například do systémů sociální péče, nemohou získat státní občanství, anebo se podílet na politickém životě (Šišková, 2001).

Asimilační (francouzský) model integrace

Jedná se o nejextrémnější formu integračního modelu a současně také o nejrychlejší způsob získání státního občanství. Minoritní skupina musí přijmout veškeré kulturní vzorce od převládající většinové společnosti. Součástí integračního procesu je zařazení jazyka, hodnot, chování, zvyků či zásadních životních zájmů (Matysová, 2012).

Transkulturní (britský) pojem integrace

Transkulturní pojem integrace patří k nejvyužívanějšímu přístupu, který uznává kulturně-sociální skupinové rozdíly. V České republice na konci roku 2015 vláda přijala aktualizovanou koncepci cizinců, jejímž cílem je integrace cizinců ve vzájemném respektu (Sartori, 2011).

Cílem tohoto programu, který se vztahuje na osoby s udělenou národní ochranou, je co nejvíce zjednodušit proces integrace. Tento plán probíhá ve dvou fázích a jejím poskytovatelem je Správa uprchlických zařízení Ministerstva vnitra. První fáze se zabývá úvodní adaptací na nový život a druhá fáze je zaměřena na usídlení cizinců v České republice (Sartori 2011). Integrovaná komunita zajišťuje přistěhovalcům práva, ale také vyžaduje po nově příchozích plnění povinností, mezi které řadíme podrobení se jazykovým testům a zkouškám, které jsou zaměřeny na kulturně historické povědomí (Heřmanová 2012).

1.2 Islám

Islám se vedle judaismu a křesťanství řadí jako nejmladší monoteistické náboženství, které je zařazeno do skupiny abrahámovských náboženství. Vznik Islámu jako nového náboženství je zaznamenán na počátku 7. století v Arábii a je spjat s působením proroka Muhammada. Samotní vyznavači pokládají islámské náboženství za bezprostřední monoteistickou víru a také řád jenž je daný Bohem, Adamovi, prvnímu člověku (Charif, Hájek 2016).

Samotný termín Islám znamená „odevzdání se“ (do rukou Božích). Arabský Bůh je označován jménem Alláh, což v překladu znamená („all- iláh“) – „jeden Bůh“, protože „al“ nemůže být označením pro množné číslo. Vyznavači islámu (muslimové) věří, že dané poselství zvěstovali lidem proroci. Avšak do vystoupení Muhammada narozeného v Mekce, jež je považován za posledního a největšího z těchto proroků, byla úroveň poznání velmi nízká a z tohoto důvodu dobu označují jako věk *džáhilijé* neboli „nevědomost“. Mnoho věcí, které Tento pojem se týká zejména předislámské Arábie, jež měla povahu antropomorfního naturalismu. To znamená, že předislámští Arabové uctívali astrální božstva, zosobňovali přírodní síly, jimž přinášeli oběti do svatyně ke kamenným modlitbám (Kropáček, 2003).

V Koránu, náboženském textu islámu, je pojem hanífové označení pro předislámské proroky a jiné postavy z bible, mezi které například řadíme Abrahama, Izáka, Jáкова, Ismaele, Gabriela a Josefa a Ježíše Krista. V muslimských textech jsou jejich jména jistým způsobem obměněna (Abrahám= Ibrahim) (Hrbek, 2000).

Korán je pro muslimy Slovem Božím, které je zhmotněno do Knihy, již Stvořitel seslal skrze prostředníky, Muhammada a anděla Gabriela. (Laurentová, 2017). Korán má pro vyznavače islámu rozhodující a neodvolatelnou váhu už po třináct století. Vznikl v průběhu 20 let za působení proroka Muhammada. Ten považoval své prorocké poslání za pokračování a dokončení působení starozákonních proroků a Ježíše Krista a z toho důvodu má islámské učení jistou spojitost s židovským a křesťanským učáním. Muhammad podotýkal, že jeho posláním je poskytnout knihu zjevení, jako mají křesťané a židé Bibli (Hrbek, 2000).

Bible i Korán mají společné body, které se týkají jejich učení i slovesnosti. V Bibli i v Koránu se střídá vyprávění, podobenství, chvalozpěvy, napomenutí, důvěrná vyznání a rady. Také mají několik rozdílů, mezi které řadíme způsob zjevení, pojetí spásy, stejně jako množství úkolů a účelů proroků. V Koránu je zmíněno dvacet pět proroků, z toho dvacet jedna z nich má svůj biblický protějšek (Reeber, 2005). Věřící, který vyznává islám, monoteistické náboženství se nazývá muslim. Muslim, jako takový a věří v jediného Boha, Alláha (Muslimská unie, © 2016). Povinností každého muslima vůči Bohu, je dodržování Pěti pilířů (Šaháda, salát, zakát, saum, hadždž). Jejich nedodržení představuje pro věřícího hřích (Žáková, 2017).

Prvním pilířem víry je Šahád, neboli vyznání víry (Žáková, 2017). Člověk svědčí a věří v to, že Bůh je jen jeden, uznává ho, a toto poselství potvrzuje skutky a slovy (Muslimská unie, 2016).

Salát, neboli modlitba je druhým nejdůležitějším pilířem islámu. Povinností každého muslima je provádět tuto modlitbu pětkrát denně. Podmínkou pro uskutečnění modlitby je tělesná, rituální a morální čistota (Hillebrandová, 2017).

Třetím pilířem víry je zakát, čili náboženská daň. Tato daň je určena k veřejně prospěšným účelům a je vybírána mešitami jedenkrát ročně (Žáková, 2017).

Čtvrtým sloupem bývá označován sawm třicetidenní půst v měsíci ramadánu. Tento půst začíná východem slunce a západem slunce končí. Po západu slunce mohou muslimové jíst, pít a veselit se (Žáková, 2017).

Posledním, pátým pilířem je hadždž, neboli pouť do Mekky a ke svatyni Ka'bě. Pout' by měla být vykonána minimálně jednou za život (Žáková, 2017).

Muslimové věří, že Boží poslání bylo Muhammadovi sděleno v jeho čtyřiceti letech skrze archanděla Gabriela. Toto zjevení je zaznamenáno v Koránu a pokračovalo dalších 23 let. Muslimové věří, že poslední prorok byl Muhammed, který ucelil Boží poslání, předané skrze další proroky. Mezi tyto proroky patřil i Ježíš (Člověk v tísní, © 2002).

V současné době muslimové přitahují pozornost jak občanů České republiky, tak i celé Evropy, a to z důvodu událostí, které se za poslední dobu odehrály. Muslimové bývají často spojováni s nějakým konfliktem, jenž působí velmi negativně. Pohled na muslimy se dělí na dva tábory. Jeden z táborů podporuje muslimy a snaží se je světu ukázat v pozitivním obraze. Z důvodu imigrace se muslimská komunita začíná stávat vnitřně heterogenní. V České republice se nachází dvě skupiny muslimů. Skupina praktikujících muslimů, kteří se aktivně snaží ve prospěch obce a představují komunitu v kladném obraze. Oproti tomu zástupci druhé strany, kteří v Česku žijí delší dobu, tak neví, zda se mohou za muslimy považovat, protože jsou rozptylováni působením zdejší kultury. Přestávají být i praktikujícími muslimy, mnohdy i přerušují kontakt s ostatními vyznavači islámského náboženství (Topinka, 2007).

1.2.1 Historie Islámu v Evropě

V průběhu života Proroka Muhammada a dalších dvou generací docházelo k zeměpisnému šíření islámu (Forenčíková, 1997).

Z historického hlediska muslimové poprvé vstoupili na území Evropy na jaře roku 711, kdy byli povoláni na žádost stoupců, aby pomohli ke smíření rozbrojů ve vizigotské říši. Muslimové ovládli většinu území Španělska, také Maltu a Sicílii. Což bylo pro západní a střední Středomoří významným dějištěm. V lednu v roce 1492 muslimské panství ve Španělsku skončilo kapitulací posledního muslimského emirátu Granady. Prostřídalo se tu období nesnášenlivého útlaku, s obdobím dobrého, tolerantního soužití židů, muslimů a křesťanů, kteří se společně podíleli na pokroku myšlení. Také zde bylo široké spektrum vědních oborů a civilizačních organizací. Do dnes jsou dějiny islámu ve Španělsku vnímány jednak jako vzpomínky na slavnou minulost, ale i jako nostalgie, protože útočné výkřiky islámských radikálů řadí zemi al-Andalus k cílům svých příštích výbojů (Kropáček, 2017).

Na východě, na území dnešního Ruska, přicházel ve středověku islám prostřednictvím obchodních styků s muslimy a také s mocenskou expanzí mongolsko-tatarské říše, jež se na přelomu 13. a 14. století islamizovala. Na konci 14. století se skupiny muslimských Tatarů usadily v Polsku v Litvě. Jejich muslimské komunity zde žijí do dnes (Kropáček, 2017).

Jako samostatnou kapitolu dějin islámu v Evropě považujeme přistěhovalectví za práci po 2. světové válce. Dřívější koloniální mocnosti získávaly pracovní síly na svá opuštěná území. Mezi tato území řadíme Francii v severní Africe a Británii na indo-pákistánském subkontinentu. Jednalo se zejména o těžké práce a týkalo se to převážně mužů. Většina mužů se domnívala, že po skončení smlouvy odejdou, ale bohužel se toto neuskutečnilo. V říjnu v roce 1973 po prudkém zvýšení cen nafty a arabsko-izraelské válce došlo ke změně evropské migrační politiky. Státy povolily spojovat rodiny a došlo k zástavě náborů. Výskyt muslimských rodin vstúpila západoevropským městům nový pohled na kulturní mnohočetnost (Kropáček, 2017).

Muslimové z britských, francouzských, německých a nizozemských kolonií přišli do Evropy ve 20. století. Byli zde vítáni, protože napomáhali k vyřešení krize, kterou

si vyžádaly boje. Na pracovním trhu došlo k obrovským ztrátám na životech. Muslimové se většinou ujali nevděčných a špatně placených povolání. Začlenění přistěhovalců do evropské společnosti trvalo několik generací. Někteří muslimové zde žijí několik desítek let, a přesto stále mluví svým rodným jazykem. Tito lidé tvoří národ uvnitř národa. Z tohoto důvodu narůstá nebezpečí vzniků ghett (Jeníková, 2017).

1.2.2 Historie islámu v České republice

Po konci komunistického režimu začali mít emisaři saúdskoarabských organizací a islámských struktur vliv na Česko. Na rozdíl od muslimů, kteří do té doby žili v Čechách a na Moravě, tito emisaři organizovali buňky muslimských studentů a ovlivňovali studenty politickým islámem. Do té doby velké množství muslimů žijících v Čechách, nepokládali názory emisařů za správné nebo jediné, i přestože respektovali historické dědictví a propojení muslimského světa, náboženství a politiky. Na začátku devadesátých let 20. století v Česku vznikly dvě souběžné skupiny. Na jedné straně se započalo s realizací Muslimských obcí, které byly v Třebíči, Brně, Praze, Ostravě a Olomouci a na druhé straně pomáhali saúdskoarabští islamisté ke vzniku nadace pro vznik islámského centra v Praze a Brně. Skupina muslimů se rozdělila na několik částí. Složka Vladimíra Sáňky, která vytlačila z islámské nadace šejcha Emira Omićé, jenž byl zástupcem umírněných muslimů (Lhotaň, 2013).

Lidé, kteří pracují v islámských nadacích, se snaží o propagaci jejich vize politického islámu mezi uprchlíky, kteří přišli do České republiky. Propagace probíhá formou brožurek, které jsou v rodných jazycích uprchlíků. Samozřejmě se v České republice setkáme i s kritiky islámu, kteří tuto víru neuznávají, odmítají. A to zejména výstavbu mešit a zahalování muslimských žen (Zassiedko, 2019). Před několika lety působili tito emisaři například v táborech Bělá, Zastávka u Brna, Seč, Kostelec nad Orlicí. Riziko propagace náboženského extremismu a islamismu byla zaznamenána i na středních a základních školách. Česká republika podporuje islamistické pojetí islámu skrz literaturu, ale ne všechna je přístupná pro širší veřejnost (Lhotaň, 2013).

1.2.3 Současný pohled na Islám

Je velmi důležité nezapomínat na to, že v současné době probíhá velké množství teroristických konfliktů a akcí, jež způsobují muslimové, a to jak ve světě muslimů, tak v zemích západního světa. Musíme si uvědomit, že islám prošel určitým vývojem (Zassiedko, 2019). Z tohoto důvodu mají věřící odlišných náboženství oprávněné obavy a strach. Pochybnosti a nemilosti muslimů vůči lékaři nebo zdravotníkovi, který pracuje v islámské zemi je možné se vyvarovat, ovšem teroristickým akcím se vyhnout nelze (Charif, Hájek, 2016).

Muslimové žijí v právním systému, který se nazývá „šaría“. Tento systém je velmi složitý a jeho právní normy jsou zakotveny v Koránu, ve výrocih proroka Muhammada a také v tradici (Charif, Hájek, 2016).

Některá společenství muslimů si právní předpisy šaría přizpůsobují svým cílům. Jsou to především ti muslimové, kteří považují džihád za boj za víru „mečem“. V současné době se můžeme setkat i s muslimy, kteří prosazují islámské hodnoty a současně respektují rozdílnost západních společností (Zassiedko, 2019). Při lékařské či zdravotnické praxi v islámské zemi je nutné brát na vědomí, že ve fundamentalistických muslimských oblastech se užívání šaría neřídí současnými pravidly svobody, demokracie a lidských práv. Z těchto důvodu lékař či zdravotník z Čech nebo Slovenska nemůže s lidsko-právními a demokratickými argumenty ničeho dosáhnout (Charif, Hájek, 2016).

Muslimové se mnohdy snaží prosazovat, model každodenního chování (Zassiedko, 2019). Výjimku mají pouze abrahámovská náboženství, mezi která je řazeno křesťanství a judaismus. V současné době se svět dělí na dva tábory (Charif, Hájek, 2016). Dár al-harb“ což v překladu znamená svět hříchu neboli svět bez víry. Jedná se o svět, kde muslimové žijí v minoritě nebo zde nežijí. Tak lze označit například Českou republiku či Slovensko (Charif, Hájek, 2016). V České republice dochází k nárůstu odpůrců islámu, zástupce najdeme také v některých politických programech (Zassiedko, 2019).

Dár al-islám“ v překladu svět islámu. Do této skupiny řadíme země, kde jsou muslimové „doma“. Mají zde postavenou mešitu s minaretem a další atributy, které spadají do

muslimské obce. To je případ Německa či Francie. V zemích, které nesou dle muslimů název Dár al-islám, dochází k prosazování prvků šaría a nárokování si úplného respektu k islámu. Jedná se o případy, kdy dochází k porušení tamního právního řádu, tradic i zvyklostí. V současné době lze například respektovat muslimskou svatbu a brát ji jako rovnocennou svatbě křesťanské, připustit obřízku chlapců a tolerovat rituální porážku dobytka. (Charif, Hájek, 2016)

Pro země islámu je důležité přistupovat k pacientovi dle systému šaría. V zájmu náboženského respektu, tolerance a také důvěry mezi muslimským pacientem a zdravotníkem je patřičné v určité míře využívat tento systém i v jiných zemích (Charif, Hájek, 2016).

Dle statistik se v roce 2017 se v Evropě nachází okolo 30 miliónů muslimů, z toho je 10 % ročně hospitalizovaných v evropských nemocnicích (Charif, Hájek, 2016).

1.2.4 Islám a zdravotnictví

Je důležité vzít na vědomí, že v islámu je člověk považován za samotnou entitu. Člověk je brán jako osoba bezhříšná, protože se rodí bez prvotního hříchu. V průběhu svého života člověk páchá hříchy vědomě, ale také bez vlastního záměru. Muslimové jsou přesvědčení o tom, že po konci života bude následovat vzkříšení (Zassiedko, 2019). Muhammad tvrdí, že člověk byl obdařen od Alláha několika dary, tím nejvyšším je intelekt a rozum. Rozum je brán spíše jako filozofický termín, který je úzce spjat s vůlí člověka. Z tohoto důvodu islám zakazuje požívání alkoholu či narkotik (Charif, Hájek, 2016).

Muslimská komunita odmítá jakékoli poškozování těla ať už je svévolné nebo bezdůvodné. Jedná se například o piercing, tetování, kosmetickou chirurgii a další. Ze zdravotních důvodů jsou povoleny zákroky plastické chirurgie (Charif, Hájek, 2016).

V současné době je medicína mezi muslimy velmi preferovaný a oblíbený obor, o čemž svědčí i značný zájem o studium na amerických a evropských lékařských školách. Samotný Korán tvrdí, že „*kdo zachrání jeden lidský život, jako by zachránil celé lidstvo*“ (Charif, Hájek, 2016).

Existují určitá témata, jež jsou pro muslimy tabu. Témata jsou mnohdy klíčová pro zjištění zdravotního stavu pacienta. Do této skupiny patří rodinné a intimní problémy, těhotenství, fyziologické funkce, početí dětí a rodinný stav. Zdravotnický personál by měl počítat s možnými odmítavými reakcemi pacienta a měl by postupovat opatrně při zjišťování určitých informací (Linhartová, et al, 2015).

Je důležité respektovat soukromí muslimek, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Muslimky by měly být vždy ošetřeny ženou. Odhalení těla by mělo být minimální. Při ošetřování muslimského muže může být žena přítomna, ale je vhodné zachovávat v co nejvyšší míře soukromí (Linhartová et al., 2015).

1.3 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové

Joyce Newman Gigerová a Ruth Elaine Davidhizarová byly autorkami modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče, který byl považován spíše za model ošetřovatelského posuzování (Tóthová et al., 2017). K rozvoji tohoto modelu došlo v 80. letech 20 století, jako odpověď na potřeby studentů k hodnocení a poskytování péče pacientům různé kultury (Davidhizerová, Gigerová, 2002).

Toumová uvádí, že základem předpokladu modelu Gigerové a Davidhizarové je holistická filozofie, transkulturní a kulturně různorodé ošetřovatelství, kulturně uzpůsobená péče a kulturně vnímavé prostředí. Tento model slouží ke zhodnocení stavu pacienta. Při hodnocení je důležité myslet na aktuální potřeby pacienta a ošetřovatelské intervence (Toumová, 2017).

Model se skládá ze šesti jevů: čas, prostor, biologické odlišnosti, sociální začlenění, komunikace, vliv prostředí a výchovy. Tyto jevy poskytují rámec, který se vztahuje k hodnocení pacienta, na jehož základě lze navrhnout kulturně citlivou péči. Tento model se v současné době využívá po celém světě (Davidhizerová, Gigerová, 2002).

1.4 Ošetřování muslimského pacienta s využitím modelu Gigerové a Davidhizarové

Tento model umožňuje komplexní zhodnocení muslimského pacienta, proto zde byl využit v rámci zhodnocení důležitých oblastí ošetrovatelské péče.

1.4.1 Kulturně svébytný jedinec

Za klíčový pojem celého modelu je považován kulturně svébytný jedinec. Každého jedince je důležité chápat jako individuum s vlastním kulturním profilem, zkušenostmi a prožitky (Toumová, 2017). V současné době se v České republice nachází několik desítek tisíc muslimů. Příslušníci této skupiny do ČR přichází z důvodu práce, studia a také za účelem zlepšení kvality života (Kropáček, 2017). Je důležité, aby sestra znala a dodržovala kulturní specifika při poskytování ošetrovatelské péče muslimskému pacientovi (Kutnohorská, 2013). Muslimové jako vyznavači monoteistického náboženství, věří v jediného Boha, Alláha. Povinností muslima je pravidelná modlitba. Modlí se pětkrát denně (Žáková, 2017). Jsou spíše společenšší. Pro muslimy je velmi důležitá rodina. Nesmíme zapomenout na rozdílné postavení muže a ženy, kdy je žena spíše podřazena svému muži. Pro muslimy je tedy přirozené, že jsou muži přítomni při veškerých vyšetřeních ženy (Křikavová et al., 1990).

1.4.2 Prostor

Dle Toumové (2017) je prostor integrální součástí kulturně rozmanitého prostředí. Společně s kulturní znalostí pomáhají všem zdravotníkům plánovat a realizovat kulturně rozdílnou péči. Prostor jako samostatnou doménu hodnotíme pomocí odstupů při konverzaci, vymezení osobního prostoru a poznání pocitu pohody či nepohody. Je důležité zmínit, že pravidla, jež se týkají osobního prostoru, se v různých kulturách odlišují. S prostorem se také pojí spokojenost se svým životem, tudíž, je důležité se zajímat o spokojenost života muslimů, která je spojena s pobytem na území České republiky. Dle statistik jsou muslimové maximálně spokojeni se životem v ČR (Toumová, 2017).

V ošetrovatelské péči bývá často náročné dodržovat intimní zónu (Toumová, 2017). Je nezbytné vědět, že muslimové velký odstup v osobní zóně nepreferují. Zároveň je

důležité brát na vědomí ortodoxní muslimy, u nichž je zakázán, kterýkoli tělesný kontakt opačného pohlaví (Mastiliáková, Kutnohorská, 2003).

Velkým problémem při hospitalizaci v nemocnici bývá změna prostředí a následná adaptace na nové podmínky (Toumová, 2017). Při hospitalizaci muslimové potřebují určitý prostor pro svoji modlitbu. Je nutné zajistit soukromí a nerušené prostředí. Po celou dobu modlení by měl být muslim uvolněný a soustředěný. Celou svoji mysl má soustředit pouze na modlitbu (Abdulwahab Al- Sbenaty, 2002).

1.4.3 Komunikace

Člověk je vnímán jako bytost společenská, a proto je komunikace důležitá v každém období jeho života. Je důležitá k pochopení smyslu života a má sociální, myšlenkový, intelektuální a citový vliv na jiné lidi. Pro ošetrovatelskou praxi má komunikace velký význam. Komunikace pomáhá léčit, ale může také hodně ublížit. Nemocný člověk je velice citlivý na způsob a průběh komunikace. Proto je kladen velký důraz na empatický přístup při rozhovoru s nemocným. Člověk může komunikovat verbálně, ale také neverbálně – pohybem, gestikulací a mimikou. Proto je velmi důležité při rozhovoru věnovat pozornost i nevyslovené řeči těla. Je také možné komunikovat přímo či skrze zprostředkovatele – osoba nebo pomůcka (Kutnohorská, 2013).

Z hlediska interakce mezi sestrou a pacientem je nutná znalost kulturní zvláštnosti komunikace. Při komunikaci je nutné dodržovat zvyklosti, které jsou součástí komunikace a setkávání lidí. Do této skupiny se řadí například podání ruky, úsměv. Mezi největší kulturní rozdíly patří zrakový kontakt, haptika a urážlivá gesta (Kutnohorská, 2013).

Při komunikaci mezi sestrou a příslušníky islámské kultury je velmi podstatné zvolit formu komunikace, verbální či neverbální, jež je v souladu s pravidly islámské víry. V islámu je nekompromisně zakázáno se s nezúčastněnými bavit o tématech, jež se týkají rodinných nebo intimní problémů, v první řadě s osobou opačného pohlaví. Při ošetřování je důležité respektovat intimitu pacienta. V přítomnosti další osoby je zcela neslušné hovořit o intimním stavu pacienta. Muslim může na otázky týkající se základních fyziologických funkcí reagovat velmi vyhýbavě, neboť pro něj není obvyklé o těchto věcech hovořit. Stejným způsobem může reagovat na otázky,

jež se týkají rodinného zázemí. Je zakázáno mluvit s mužem o těhotenství. Jelikož manželství a rodina mají v islámském systému ústřední postavení, není vhodné se svobodných a starších osob ptát na rodinný stav. Protože nebýt ve svazku manželském je muslimy považováno za poskvrnu (Tóthová, 2012).

Důležitou komunikační složkou u islámské minority představuje muslimský jazyk. Z tohoto důvodu se může ihned vyskytnout komunikační problém při poskytování péče muslimskému pacientovi, který neovládá český jazyk. V případě, že nemá pacient doprovod, který ovládá český jazyk je vhodné, aby zdravotníci kontaktovali překladatele (Černá, Hlaváčová, 2005).

V praxi je také velmi důležitá neverbální komunikace. Má velký význam při znalosti, ale i při neznalosti jazyka. Mezi projevy neverbální komunikace se řadí výrazy tváře, pozdrav a podání ruky, dotek a gestikulace (Kutnohorská, 2013). Pro muslimy nebývá zvykem potřást rukou při setkání nebo loučení. U ortodoxních muslimů se může stát, že odmítnou podat ruku lékaři nebo lékařce opačného pohlaví. Obvykle položí ruku na srdce či nechají ruce založené za zády. Mnozí muslimové však ruku lékaři či lékařce ruku podají automaticky, neboť je vnímají jako osoby neutrální. Z důvodu zákazu tělesného kontaktu s neznámými muži a ženami jsou pro vyznavače islámu pochybná gesta a doteky, útěchy. Mezi tato gesta řadíme například držení za ruku či hlazení po čele (Tóthová, 2012).

Pro komunikaci s pacientem je důležité mluvit pomalu a zřetelně. Je nutné používat jednoduché věty a vyhýbat se odborným názvům, kterým pacient nebude rozumět. Je podstatné si ověřit zpětnou vazbu, jestli pacient všemu rozuměl. Je důležité si na komunikaci vyhradit dostatek času a prostoru, nespěchat a projevovat zájem o pacienta (Mastiliaková, Kutnohorská, 2003).

1.4.4 Biologické odlišnosti

Jako další složkou modelu jsou biologické odlišnosti člověka. Hodnotíme je podle hlediska tělesné konstituce a fyzikálního vyšetření. Biologické odlišnosti je možné posoudit i na základě laboratorních vyšetření. Je důležité brát ohled na výskyt geneticky a enzymaticky podmíněná onemocnění a vnímavost vůči nemocem.

Z psychologického hlediska hodnotíme vynechávání nebo preferování některých pokrmů (Tóthová et al. 2017). K důležitým tématům tohoto modelu řadíme oblast hygieny. Povinnosti, které se hygieny týkají, rituály v průběhu hygieny, oblékání muslimů a jejich zvyky (Špirudová, 2006).

1.4.5 Sociální začlenění

Tato část modelu se zaměřuje na způsob chování a zhodnocení kulturní organizace role jedince ve vztahu k vlastní rodině a etnicitě. Do této skupiny řadíme role a funkce rasové, etnické, kulturní, rodinné, pracovní, přátelské a volnočasové. Oblast kulturního zhodnocení se kromě jiného týká závažnosti zdravotního stavu jedince a samozřejmě i jeho subjektivního pohledu na životní styl nebo vlastní zdraví (Tóthová et al. 2017).

V islámské kultuře se setkáváme s nerovným společenským postavením muže a ženy. Muži je v Koránu připisována větší právní způsobilost než ženě (Reeber, 2007). Muž, jako hlava rodiny, má povinnost finančně zabezpečit rodinu, chránit manželku, děti a všechny ženy v rodině (Ivanková, 2005). Žena zaujímá roli manželky a matky (Reeber, 2007). Avšak v případě, že je žena neposlušná mají muži povolen fyzický trest. Muž rozhoduje, kdy dojde k sexuálnímu styku. Muži mají také dovolen sňatek s více ženami. V Koránu je ideální manželství charakterizováno mírem, vzájemnou starostí a harmonií (Hillenbrandová, 2017).

Rodina je pro muslimy velmi důležitá. Proto se v průběhu hospitalizace jedince v nemocnici setkáváme s potřebou rodiny o něj pečovat. Pro rodinu je velmi důležité být nemocnému stále na blízku (Ivanková, 2005). Islám zakazuje dětem, aby urážely nebo proklínaly své rodiče, jelikož by se tím dopustily velkého hříchu. Děti by měly být poslušné a se svými rodiči jednat s úctou a laskavostí (Quardwí, 2004). Názory rodičů jsou pro děti muslimů velmi důležité a měly by se jimi řídit i v dospělém věku. Děti by měly pečovat o své rodiče až do jejich smrti (Charif, Hájek, 2016).

1.4.6 Čas

V této doméně můžeme klasifikovat čas z mnoha hledisek. Zaměřujeme se zde na jedince, vyznavače islámu, jak tráví svůj volný čas, kolik hodin věnuje spánku, rodině, práci apod (Toumová, 2017). Pojetí času je pro mnoho kultur rozdílné. Závisí na příslušnosti k dané kultuře a na charakteristických zvláštностech, které jsou důležité

i pro poskytování preventivní ošetrovatelské péče. Dodržování časového harmonogramu dne je pro mnoho muslimů velmi důležité (Maňhalová, 2017).

Vyznavač islámu by měl vykonávat modlitbu pětkrát denně (při východu slunce, v poledne, odpoledne, při západu slunce, a přibližně hodinu a půl po západu slunce). Zdravotnický personál by měl umožnit muslimovi vykonat tuto modlitbu a zařídit, aby v průběhu nebyl rušen a měl dostatek soukromí. (Linhartová et al., 2015)

K rozdílnému vnímání času dochází v měsíci Ramadánu, který trvá 30 dnů. Muslimové od úsvitu do západu slunce nesmí jíst, pít, provozovat sex a kouřit. V průběhu postního měsíce se muslimové modlí v noci. Toto období je pro jejich tělo velice náročné, a to z důvodu sníženého množství spánku a zvýšeného příjmu tekutin a stravy v nočních hodinách. U muslimů dochází k poruše koncentrace a celkovému vyčerpání (Reeber, 2007).

1.4.7 Vliv prostředí a výchovy

Poslední doménou modelu je vliv prostředí a výchovy, která je zaměřená na oblasti týkající se smyslu života, rodiny, zdraví, přijetí léčebné péče a energie. Jak je již zmiňováno v předchozích kapitolách pro muslimy je velmi důležitá rodina, zdraví, materiální zabezpečení a peníze (Maňhalová, 2017).

Pro muslimy je Korán návodem k životu a také způsobem, kterým se mohou přiblížit k Bohu. Korán představuje určitý způsob jádra, jež má danou a nezměnitelnou podobu (Hillenbrandová, 2017). Při poskytování ošetrovatelské péče je důležité, aby sestra zvolila správnou formu komunikace. Velkou roli zde hraje znalost specifik islámské kultury a jejich dodržování (Kutnohorská, 2013).

V průběhu modlení je důležité, aby žádný zdravotník neprocházel před muslimem. Modlíci to považuje za velkou urážku. Je povolené chodit pouze za zády modlícího se muslima. (Kutnohorská, 2013).

Každý muslim má své náboženské předměty v průběhu hospitalizace u sebe. Je důležité, aby zdravotnický personál toto respektoval a nedotýkal se Koránu a modlitebního koberečku. Pro muslima představuje nemoc něco negativního. Nemoc představuje velký emoční zásah, a proto je možné, že bolest bude projevovat intenzivněji. Velkou oporu

v těchto situacích je pro muslima rodina, která za ním pravidelně dochází a dle zvyklostí se společně modlí za účelem vyléčení. Při ošetřování muslimského pacienta je povoleno využití veškerých technik, které jsou důležité k záchraně života, jeho prodloužení nebo vyléčení nemocného. Islámské náboženství povoluje krevní transfuze a také dárcovství orgánů. Podmínkou je dar od živého dárce. Muslimové věří ve znovuzkříšení, z tohoto důvodu je pitva zakázána (Kučera, 2009).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit zkušenosti muslimských pacientů v rámci českého zdravotnictví.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta z pohledu sester?

VO 2: Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví?

VO 3: Jaké problémy vnímají sestry při péči o muslimského pacienta?

VO 4: Jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního šetření, při kterém sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili muslimové, kteří měli zkušenost s ošetrovatelskou péčí v českém zdravotnictví a sestry, které se v průběhu své praxe setkaly s muslimskými pacienty. Výzkum probíhal individuálním způsobem mimo zdravotnická zařízení a v rámci časových možností oslovených sester a muslimů. Z důvodu časového vytížení informantů byl výzkum realizován přímým osobním kontaktem či telefonickým rozhovorem. Oslovené osoby byly předem o průběhu rozhovoru informované. Rozhovory byly zaznamenávány pomocí diktafonu anebo do notebooku do wordového dokumentu ve spolupráci s dotazovanou osobou. Všechny sestry i muslimové byli předem informováni o naprosté anonymitě a o tom, že poskytnuté údaje budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce.

Polostrukturovaný rozhovor pro muslimy obsahoval celkem 16 otázek, které byly rozděleny do dvou okruhů pro lepší orientaci. První okruh byl zaměřen na nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví, a druhý se zabýval jejich názory na české zdravotnictví. Úvod každého rozhovoru byl zaměřen na zjištění osobních údajů dotazovaného informanta. Rozhovor pro sestry byl také polostrukturovaný a skládal se z 18 otázek, které byly rozděleny na 2 části. První část byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče o muslimského pacienta z pohledu sester a část druhá na problémy, které vnímají sestry v při péči o muslimského pacienta. Otázky byly strukturované takovým způsobem, aby co nejpřesněji zmapovaly problematiku péče o muslimského pacienta. Získané informace byly poté doslovně přepsány do programu MS Word, kde s nimi bylo dále pracováno. Analýza získaných dat byla provedena metodou otevřeného kódování technikou „papír tužka“. Získané informace byly poté tříděny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Sběr dat proběhl v období od 23. února do 21. března.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou skupin. První skupina se skládala z muslimských pacientů, kteří byli věkově rozmanití. K zachování anonymity informantů bylo zvoleno označení M1-M6 (Muslim 1- Muslim 6), podle jejich pořadí. Kritériem pro výběr informantů bylo, že vyznávají islám a byla jim někdy poskytována zdravotní péče v České republice. První kontakt na muslimského pacienta jsem získala od známých a dále byly využity kontakty technikou snowball. Druhou skupinu tvořily sestry rozmanitých specializací a věku. Z důvodu zachování anonymity sester bylo zvoleno označování S1-S6 (Sestra 1- Sestra 6). Pořadí bylo určeno podle časové posloupnosti provedených rozhovorů. Podstatné pro poskytnutí rozhovoru bylo, aby měla sestra nějaké zkušenosti s poskytováním péče muslimským pacientům. Bylo velmi obtížné získat rozhovory s informanty, kteří mají zkušenost s péčí o muslimského pacienta a souhlasí s poskytnutím rozhovoru. Kontakt na informanty mi předala sestra, která se touto problematikou zabývá.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole došlo k rozdělení výsledků do jednotlivých kategorií, které pak byly rozděleny na podkategorie. Z důvodu lepší přehlednosti byly výsledky rozděleny do dvou skupin. První skupinu výzkumného šetření tvořili muslimští pacienti a druhou skupinu tvořily sestry. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou znázorněné v následující tabulce.

Tabulka č.1 – Kategorizační skupiny

Muslimský pacient	Ošetrovatelská péče pohledem muslimského pacienta	Typ péče
		Komunikace
		Specifika víry
	České zdravotnictví pohledem muslimského pacienta	Názor na sestry
		Názor na lékaře
	Sestry a islámská kultura z pohledu muslimského pacienta	Míra znalostí
Změna v přístupu		
Sestra	Specifika ošetrovatelské péče o muslimského pacienta	Charakteristika muslimského pacienta
		Péče o muslimského pacienta
	Znalosti sester v oblasti péče o muslimského pacienta	Získané znalosti v průběhu studia
		Čerpání znalostí v oblasti transkultury
	Problematika péče o muslimského pacienta	Pozitivní zkušenosti
		Negativní zkušenosti
	Vnímaní péče	Osobní přínos
		Rozdíly v přístupu

Zdroj: vlastní

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření muslimských pacientů

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje muslimských pacientů

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Typ péče	Země původu	Rodný jazyk	Délka pobytu v ČR
M1	Žena	47 let	Středoškolské s maturitou	Ambulantní, hospitalizace	Slovensko	Slovenský	14 let
M2	Muž	19 let	Střední s maturitou	Ambulantní	Slovensko	Slovenský	14 let
M3	Muž	34 let	Vysoká škola ČZU	Ambulantní	Česká republika	Český	Od dětství
M4	Žena	38 let	Vysokoškolské vzdělání	Ambulantní, hospitalizace	Sýrie	Arabský	2 roky
M5	Žena	15 let	Základní škola	Ambulantní, hospitalizace	Česká republika	Český	Od narození
M6	Muž	55 let	Vysokoškolské vzdělání	Ambulantní	Jemen	Arabský	28 let

Zdroj: vlastní

Výzkumný soubor tvoří celkem 6 muslimů. Rozhovoru se zúčastnili 3 muži a 3 ženy. Muslimové muži i ženy ve věkovém rozmezí 15-55 let. Ambulantní péče byla poskytnuta všem muslimům a z toho byli 3 hospitalizovaní. Muslimové pocházeli jak z České republiky a Slovenska, tak Sýrie a Jemenu. Muslimové z České republiky a Slovenska mají také Arabské občanství.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem muslimského pacienta

V této kategorii bude podrobně popsána komunikace, vliv hospitalizace na muslimského pacienta a specifika víry.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem muslimského pacienta

Podkategorie Typ péče

Na otázku, s jakou formou poskytované péče jste se v České republice setkal, tři muslimové (M2, M3, M6) odpověděli, že s ambulantní a 3 muslimové (M1, M4, M5) odpověděli, že se setkali jak s ambulantní péčí, tak s hospitalizací. Všichni muslimové dochází na pravidelné prohlídky k zubaři. M1 a M4 ještě dochází na pravidelné gynekologické prohlídky. Muslim M-2 jako jediný z dotazovaných dochází na pravidelné kontroly na alergologii. M2 uvádí: „*Naštěstí jsem žádný závažný problém neměl, abych musel být hospitalizovaný.*“ Jediní pacienti M3 a M4 byli ošetřeni na pohotovosti. Muslimka M-5 byla hospitalizována z důvodu operace mandlí. Muslimka M-5 na otázku odpovídá: „*Byla jsem hospitalizována na ORL z důvodu operace mandlí. Také docházím na pravidelné kontroly k zubaři a ke svému dětskému lékaři.*“ Muslimka M1 odpovídá. „*Samozřejmě docházím na pravidelné kontroly k zubaři a na gynekologické prohlídky. Hospitalizovaná jsem byla po porodu. Mým druhým důvodem hospitalizace byl problém se zády.*“ K hospitalizaci došlo i u muslimky M-4, která byla hospitalizovaná s nemocným synem.

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem muslimského pacienta

Podkategorie Komunikace

Co se týče otázky, jak probíhala komunikace se zdravotnickým personálem a zda byly nabídnuty prostředky ke komunikaci, muslim M3 (stejně jako M5 a M6) říká: „*Naštěstí, i když jsem muslim, tak mluvím česky, takže žádný problém s komunikací.*“ Muslimové M1 a také M2 zase uvádí: „*Jelikož jsem žádný problém s komunikací neměl, tak jsem žádné pomůcky nepotřeboval.*“ Oproti tomu M4 jako jediná tvrdí, že: „*Komunikace byla taková „rukama, nohama“ . Někteří lékaři mluvili anglicky, tak to bylo dobré, ale hodně sester neumí žádný jazyk, takže tam to moc nešlo. Většinou si pak pomáhaly*

překladačem v telefonu nebo taky překládaly ostatní maminky co uměly anglicky. Tlumočnick tam nebyl a nic jiného jsme nepoužívaly. Ještě takové ty souhlasy na vyšetření to měly většinou v angličtině nebo v arabštině.“

Kategorie Ošetrovatelská péče pohledem muslimského pacienta

Podkategorie Specifika víry

Otázka, zda požadujete po zdravotnickém personálu dodržování specifík Vaší víry, tak muslim M1 stejně jako M2 uvedli, že: *„Jediné, co bych po zdravotnickém personálu požadoval tak, aby mi umožnili pravidelnou modlitbu. A co se týče stravy, tak vynechat vepřové.“* K této otázce se muslim M3 vyjadřuje: *„Docela bych to ocenil. Sám sice zkušenosti nemám, ale rodiče měli v nemocnici párkrát konflikt.“* Oproti tomu M4 na tuto otázku odpovídá takto: *„Asi nic zvláštního. Nejíme vepřové maso, ale to vyřešili, že jsme měli vegetariánské jídlo a jinak nám něco nosil manžel“* Muslimka M5 tvrdí, že: *„Spíše ne, myslím si, že to v mém věku není tak speciální. Jediné, co by zdravotníci měli respektovat, tak to, že nejím vepřové maso. Ale věci jako modlitba a podobně je moje soukromá věc.“* M6 uvedl: *„Jediné, co požaduji, tak vyřadit z mé stravy vepřové maso.“*

Co se týče otázky, jaké zvyky dodržujete v rámci Vašeho náboženství, například muslimky M1 a M4 uvádí: *„Samozřejmě dodržuji všech 5 pilířů, takže do toho spadá pravidelná modlitba. Půst v průběhu Ramadánu. Musím dávat almužnu a nepřidružuji žádné božstvo. A dodržuji stravu, takže nejím vepřové maso. Co se týká nás žen, co já dodržuji, tak pravidla oblékání a identity náboženství.“* K této otázce se M2 vyjadřuje takto: *„Nejím vepřové maso, nepiji alkohol a samozřejmě se modlím 5x denně. Dodržuji Ramadán, když můžu, ne vždy je to kvůli fotbalu možné. A snažím se, alespoň 1x za rok zajít do Mešity.“* Muslim M3 odpověděl: *„Nejím vepřové maso, ale tak celkově jsem vegetarián, takže mi to přijde v celku normální, od malička jsem abstinent a snažím se dodržovat modlení 5x denně, ale někdy to nejde, jelikož mě moje přítelkyně hodně zaměstnává.“* Muslimové M5 a M6 se vyjadřují k této otázce podobně. Odpověď M5: *„Dodržuji modlitbu, nepiji alkohol a nejím vepřové maso.“* Odpověď muslima M6: *„Snažím se dodržovat, co se dá, samozřejmě pravidelnou modlitbu, nejím vepřové maso, nepiji alkohol. Jelikož v České republice žiji nějakou dobu, snažím se brát pozitivní věci jak z našeho náboženství, tak z víry z této země.“* Na dotaz, zda dodržují zvyky

i v průběhu hospitalizace muslimové M1 a M2 odpověděli stejně: „*Ano, pokud je to možné, tak se snažím tyto zvyky dodržovat i v průběhu hospitalizace.*“ Oproti tomu M3, který byl touto otázkou lehce zaskočen, uvedl: „*To nemohu říct, jelikož jsem ještě nebyl hospitalizován, ale kdyby ano, určitě bych to dodržoval, možná víc než doma.*“ Muslimka M4 na tuto otázku odpověděla takto: „*Tak tam jsem byla se synem pár dní, takže šlo hlavně o jídlo a jinak nic zvláštního. Když jsem tady v Čechách, tak se snažím jako nějak přizpůsobit. Nemám ráda, když si na mě lidi ukazují a tak. Což s tím, co nosím se tomu nedá vyhnout. Ale už bych řekla, že je to tady lepší. Dřív, co vím od známých, tak to bylo složitější.*“ Podobným způsobem odpověděli muslimové M5 a M6. Odpověď M5: „*Ano dodržuji, ale nepotřebuji k tomu žádné výhody.*“ Odpověď muslima M6: „*Samozřejmě, že bych tyto zvyky dodržoval i v průběhu hospitalizace. Ale je to moje soukromá věc, takže by to určitě nezasahovalo do práce sestřiček.*“ O pravidla víry se zdravotnický personál zajímal u muslimky M4, která na tuto otázku odpověděla: „*Jo, to asi jo, myslím si, že se ptali hlavně na jídlo a taky zjišťovali jakým jazykem se domluvíme.*“ Oproti tomu muslimka M5 uvedla: „*V mém případě se o to zdravotnický personál nezajímal a ani se neptal.*“ Podobně odpověděl i muslim M6: „*Tak neměli důvod se zajímat.*“ Muslimové M2 a M3 s tímto nemají zkušenost. Jediná muslimka M1 se k této otázce vyjádřila takto: „*Jak kdo, vše je o lidech. Někdo se zajímal, někomu to bylo jedno.*“

Kategorie české zdravotnictví pohledem muslimského pacienta

Podkategorie Názor na sestry

Co se týče otázky, jaký je Váš názor na práci českých sester, muslimky M1 a M5 odpověděly velmi podobně, M5 udává svoji odpověď takto: „*Na sestřičky mám velmi dobrý názor. Samozřejmě jsem se setkala se sestřičkami, které byly protivné a neochotné, ale jak už jsem jednou říkala, vše je o lidech.*“ Například muslim M6 zase tvrdí, že: „*Sestřičky jsou velmi ochotné, milé a empatické. Řekl bych, že někdy odvádí nadstandardní péči. Naopak muslim M3 uvádí: „*Přijde mi, že starší sestry jsou dost nepříjemný a často vyhořelý, ale moc zkušeností nemám.*“ Muslimka M4 ještě dodává: „*Co jsem viděla, tak to nemají moc jednoduché. Docela jich je na oddělení málo. A je problém, že neumí jazyky. Některé byly fakt hodné a snažily se s námi domluvit,**

ale bez jazyka to šlo těžko. Ty starší podle mě nemají ani moc snahu komunikovat v jiném jazyce.“ Oproti tomu M2 odpověděl, že: „Musím říct, že sestřičky ke mně byly vždy milé a vstřícné. A myslím si, že je zde práce sester na velmi kvalitní úrovni.“

Kategorie české zdravotnictví pohledem muslimského pacienta

Podkategorie Názor na lékaře

Na otázku, jaký je váš názor na české lékaře a zdravotnictví, muslimové M1 a M2, M3 a M6 mají dobrý názor, Muslimka M1 uvedla: *„Můj názor na lékaře i české zdravotnictví je dobrý, pocházím z rodiny zdravotníků, takže moc dobře vím, co práce obnáší. Vzdávám hold českému zdravotnictví.“* M2 a M6 ještě dodávají: *„Musím říct, že jsem velmi spokojen s prací sester i lékařů. Odvádí vysoce kvalitní práci.“* Naopak muslimka M4 odpověděla na tuto otázku takto: *„Docela dobrý, mají znalosti i jazyky umí. Jen mi přijde, že takový ten sněm (vizita), jak ráno přijde, tak to je docela k ničemu. Je jich tam hodně a všichni jsou takoví důležití, ale vám nic neřeknou, tak moc nevím, k čemu tohle je. Celkově ta péče je kvalitní, máte tady hodně nových přístrojů a postupů, co třeba u nás není, nejsou na to peníze.“* Muslimka M5 se zase k této otázce vyjadřuje takto: *„Z toho důvodu, že je můj tatínek lékař, tak dobrý, protože veškerá vyšetření mám přes něho, takže jsou ke mně všichni moc milý.“*

Kategorie Sestry a islámská kultura z pohledu muslimského pacienta

Podkategorie Míra znalostí

Zkušenosti muslimských pacientů se zdravotnickým personálem byli u všech pacientů spíše pozitivní. Muslimka M1 (stejně jako pacienti M3 a M6) mají jen pozitivní zkušenosti s péčí zdravotníků. M1 na tuto otázku odpověděla: *„Určitě, vyšli mi vstříc, co se týká mé víry. Na rehabilitačním oddělení jsem musela chodit do bazénu a bylo mi umožněno chodit zahalená. A také mi vyšli vstříc samozřejmě ohledně stravy.“* Odpovědi muslimů M3 a M6 byly velmi podobné a stručné, M6 uvedl: *„Tak mám většinu pozitivních zkušeností, protože sestřičky odvádí výbornou práci. Na žádné negativní zkušenosti si nevzpomínám.“* Naopak muslimové M2, M4 a M5 mají i negativní zkušenosti s péčí zdravotníků. Muslim M2 se k otázce vyjádřil takto: *„Ano,*

ale myslím si, že je vše o lidech a jejich přístupu ke svému zaměstnání. Musím říct, že moje paní doktorka na alergologii má velmi špatný přístup. Je velmi arogantní a protivná. Muslimka M4 ze svých zkušeností uvádí: „To jo, někteří se se mnou nemohli domluvit, tak mluvili hodně pomalu česky. Jako bych jim tak asi mohla rozumět. Někteří se se mnou nechtěli bavit anglicky vůbec, až pak když tam za námi přišel manžel, tak byli ochotnější.“ M5 odpověděla stručněji: „Tak občas se setkáte s nepříjemnými sestřičkami, které neakceptují naši víru, ale vše je o lidech.“

Co se týče otázky, jaké jsou rozdíly v poskytování zdravotnické péče v ČR oproti Vaší rodné zemi, M1 se k této otázce vyjádřila takto: *„Když srovnám zdravotnictví v ČR a v Jemenu, odkud pochází část naší rodiny, tak musím říct, že péče v ČR je velmi kvalitní a na vysoké úrovni. Je to také z toho důvodu, že v Jemenu je omezená dostupnost léků a také zdravotnického vybavení. Vzdělání lékařů a sester je také na nižší úrovni ve srovnání s ČR. Ale veškerý přístup je samozřejmě o lidech.“* Naopak muslim M6 tvrdí, že: *„Řekl bych, že se toto nedá srovnat. Péče v České republice je na úplně jiné úrovni. V Jemenu je péče omezená z ekonomického a také z politického důvodu. Když si člověk chce nechat vzít krev, musí se vzorek odvést do soukromé laboratoře a za to se platí. To stejné platí u injekcí.“* Muslimka M4 zase odpovídá takto: *„U nás je personál takový srdečnější, taky nejsou tolik omezené návštěvy jako u vás, že to je od do. Ani při tom covidu, to u nás nebylo. Celkově to je asi víc takový, jak žijeme jako rodiny více pohromadě než vy, tak se to odráží i v tý nemocnici.“* Muslimové M2 a M3 odpověděli, že nedokáží péči srovnat. M2 uvedl: *„Řekl bych, že žádné. V České republice žiji od 6 let, takže péči úplně srovnat nedokážu.“* K této otázce se muslimové M5 nevyjádřila.

K otázce, myslíte si, že mají sestry dostatečné znalosti v poskytování péče lidem Vašeho náboženství, byly odpovědi velmi rozdílné. Muslim M3 stručně odpověděl: *„Určitě ne“*. Podobně jako M5, která se k této otázce vyjádřila takto: *„Myslím si, že ne. Oproti tomu muslimka M1 uvedla: Myslím si, že ne. Ale nevidím na tom nic špatného.“* Naopak M2 zase odpověděla takto: *„Myslím si, že ano.“* Muslimka M4 svoji odpověď spolu s muslimem M6 rozvinula. Odpověď M4: *„To nedokážu asi úplně posoudit. Když jsem teda začala chodit na gynekologii tady, tak se mě doktorka ptala, jestli třeba chci, aby tam byl manžel a tak. Takže asi nějaký informace mají, řekla bych hlavně tím, že už je to běžné potkat tady člověka z jiných zemí. Ale zase si myslím, že je to rozdíl, jestli je*

člověk v Praze a někde v menším městě. Tady (Praha) to lidi berou běžně, už když nás potkají na ulici a nepřijde mi, že by se nějak divili. Ale když jdeme někam na výlet za Prahu, tak tam je to jiné.“ M6 uvádí svoji srdečnou odpověď takto: „Myslím si, že mé náboženství respektují. Nikdy jsem se nesetkal s tím, že by ses sestřičky chovaly k někomu jinak z důvodu barvy pleti, původu nebo vyznání víry. Sestřičky jsou strážní andělé, kteří odvádí výbornou práci“.

Kategorie Sestry a islámská kultura z pohledu muslimského pacienta

Podkategorie Změna přístupu

Na otázku, co by podle Vás měli sestřičky zlepšit, muslimové odpovídali rozdílně. Ve svých odpovědích se shodli muslimové M2 a M6. Muslim M2 uvedl: „*Jak jsem říkal, práce sester je v České republice na velmi kvalitní úrovni, takže z mého pohledu není co zlepšovat. Dle muslimky M1 by se měli zlepšit jednotlivci. Odpověď M1: „Pokud má někdo něco zlepšit, tak určitě jednotlivci. Myslím ty, které si vybraly špatné povolání a nemají dost empatie. Jak jsem říkala, vše je o lidech.“ Naopak M3 má tuto zkušenost: „Když jsem byl na ambulanci s tím zlomeným prstem, tak se mnou celkově moc nekomunikovali, vůbec jsem nevěděl, co se mnou vlastně bude a co dělají, jak kdybych tam nebyl no.“ Jeho odpověď doplnila muslimka M4: „Určitě by se mohly více usmívat a být takové srdečnější, ale to asi Češi nemají úplně tak v povaze jako my. No a pak ty jazyky teda.“ Muslimka M5 vidí nedostatky v akceptování víry. M5 odpověděla takto:“ *Sestřičky by měly začít akceptovat naši víru a nemít kvůli naší víře předsudky.*“*

Co se týče otázky, je něco, co by se podle Vás mělo při ošetřování muslimských pacientů změnit v českém zdravotnictví. Podobným způsobem na tuto otázku odpovídali muslimové M1, M2, M5 a M6. Odpověď muslimky M1: „*To si opravdu nemyslím, vše je v pořádku.*“ Stejně stručně odpovídal muslim M2. Muslim M6 doplnil: „*Abych byl upřímný, řekl bych, že ne. S péčí jsem vždy nadmíru spokojený.*“ M5 rozšířila svoji odpověď: „*Podle mě by se nemělo zlepšovat nic. V případě, že já jako muslimka hledám pomoc, tak neřeším, jestli mě ošetřuje muž nebo žena, protože tu pomoc potřebuji. Samozřejmě, že bych byla radši, když by mě ošetřovala žena, ale vím, že to mnohdy není*

možné. “ Naopak muslim M3 si myslí, že by se něco změnit mělo. Ve své odpovědi M3 uvedl: „Určitě je všechny neházet do jednoho pytle.“ Jeho odpověď doplnila muslimka M4: „Nevím no, asi jen ten přístup některých. Neznamená to, že když jsem muslimka, tak se mě musí hned bát. U některých jsem měla takový pocit.“

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření u sester

Tabulka č. 3- identifikační údaje sester

	Věk	Vzdělání	Délka praxe v nemocnici	Pracovní pozice	Vzdělávání v oblasti transkultury
S1	28 let	Vyšší odborná škola	8 let	Všeobecná sestra ve stomatologické ambulanci	Ne
S2	28 let	Vysoká škola	6 let	Všeobecná sestra na renální transplantační jednotce	Ano
S3	52 let	Vysoká škola	34 let	Všeobecná sestra na DIOP	Ano
S4	48 let	Vysoká škola	10 let	Všeobecná sestra na interním oddělení	Ano
S5	36 let	Vysoká škola	18 let	Všeobecná sestra ve zdravotnickém zařízení ministerstva vnitra	Ne
S6	44 let	Střední zdravotnická škola	26 let	Praktická sestra na NIP/ DIOP	Ano

Zdroj: vlastní

Výzkumný soubor je tvořen 6 sestrami ve věkovém rozmezí od 28 let do 52 let. Délka praxe v nemocnici je od 6 let do 35 let. Jedna sestra má vzdělání střední s maturitou,

4 sestry dosáhly vysokoškolského bakalářského vzdělání a jedna sestra je diplomovaný specialista. Vzhledem k ukončenému vzdělání se u sester liší pracovní pozice. Jedna sestra má ukončené pouze středoškolské vzdělání, z tohoto důvodu pracuje na pozici praktická sestra. Pět sester s ukončeným vysokoškolským vzděláním a jedna sestra s vyšším odborným vzděláním pracují na pozici všeobecná sestra.

Kategorie Specifika ošetrovatelské péče o muslimského pacienta

Podkategorie Charakteristika muslimského pacienta

Na otázku, kdo je podle Vás muslim, sestry S1 a S5 odpověděly velmi podobně. Odpověď S5: *„Prostě jen člověk jiného náboženského vyznání.“* Sestra S2 se k této otázce vyjádřila takto: *„Muslim, je člověk jako každý jiný. Je to člověk, kteří věří v Boha.“* Podobnou odpověď uvedla i sestra S6: *„Muslim je člověk, který uznává Boha Alláha a jeho život podléhá 5 pilířům.“* Sestra S3 (stejně jako S4) tvrdí: *„Muslim je ten, kdo se za něj považuje.“*

Odpovědi, které se týkaly charakteristiky muslimského pacienta byly velmi rozdílné. Například sestra S5 uvedla: *„To je těžké popsat, každý člověk je jiný, ale souhrnně bych mužského muslimského pacienta popsala jako muže, který většinou opovrhne ženou a dává to dostatečně najevo. Má své zásady, přes které jednoduše řečeno vlak nejede.“* Sestra S1 se k této otázce zase vyjadřuje takto: *„Díky posledním pár letům mám k těmto lidem docela respekt, asi za to můžou hlavně média, ale někdy mám dokonce i pocit strachu, ale nechtěla bych všechny nějak odsuzovat, ale nedokážu si na ně udělat nějaký objektivní názor.“* Naopak sestra S3 (stejně jako S1) se k otázce charakteristiky muslimského pacienta vyjadřuje takto: *„Nevím, jak ho charakterizovat. Pro mě je to stejný člověk, jako všichni ostatní.“* Podle sestry S4 je muslim člověk, který se k víře hlásí. Odpověď S4: *„Člověk, který se k muslimství hlásí, nezávisle jak působí a co dodržuje navenek.“* Sestra S6 dodala: *„Muslim neznamená Arab, muslimové jsou i jiné národnosti, Malájci a hodně Asiatů, některé africké krajiny tak přijaly Islám za své náboženství.“*

Pod pojmem Islám si každý představuje něco jiného, odpovědi sester byly velmi rozdílné. Jediné dvě sestry S2 a S3 se na svých odpovědích shodly. Stručná odpověď S3: *„Vím, že je pro ně nejdůležitější modlitba. Modlí se 5x denně. Věřící v Boha Alláha.“*

Korán jsem nečetla, ale mám mnoho kamarádů muslimů.“ S3 dodala: „Muslimové vyznávají Islám, což je tedy víra v Boha Alláha, což teda Alláh= Bůh a věří teda v něj a v proroka Mohameda, který dál šířil osvětu. Mají knihu Korán, ve které je obsaženo veškeré jejich náboženství a obsahuje různé zvyky, které muslimové musí dodržovat. K těm nejzákladnějším bych přiřadila 5 pilířů islámu. To bych řekla, že známe asi všichni. To je tak zhruba všechno, co bych Ti k tomu řekla.“ Sestra S1 se v některých věcech shodovala se sestrami S2 a S3. Sestra S2 uvedla: „Modlitby, Ramadán, zahalené ženy, žádná práva pro ženy a někdy i konflikty.“ Sestra S4 se k této otázce vyjádřila takto: „Prorok Mohamed a mír, ale i zneužití náboženství k agresi a válce. Pod pojmem Islám si sestra S5 představuje přísná pravidla a fanatické uctívání Boha. Odpověď sestry S5: „Přísná pravidla, uctívání, mnohdy až fanatické, jednoho Boha.“ Naopak sestra S6 uvedla: „Islám je ve své podstatě velmi mírumilovné náboženství a s fanatiky, kteří bojují ve jménu Alláha nemá nic společného. Kdysi křesťané podnikali křížácké výpravy a snažili se vnutit křesťanství jiným národům, nyní jsou někteří muslimové, co se snaží vnutit islám světu násilím.“

Kategorie Znalosti sester v oblasti péče o muslimské pacienty

Podkategorie Získané znalosti v průběhu studia

V rámci znalosti sester v oblasti péče o muslimského pacienta bylo zjišťováno, kde sestry získaly vědomosti a také jak často o muslimské pacienty pečují. Informace o specifikách ošetrovatelské péče sestry S2 a S5 získaly z přípravných kurzů, knížek a v průběhu praxe (stejně jako sestry S3 a S6). Odpověď S2: „Některé základy jsem se dozvěděla na internetu, kdo je muslim, islám, ... Ale co se týče specifik ošetrovatelské péče, tak to jsem se dozvěděla až za pochodu v Saudské Arábii. Před odletem jsem absolvovala s agenturou nějaké kurzy multikulturní přípravy, ale to bylo spíš zaměřené na prevenci kulturního šoku. Takže konkrétně specifikum péče o muslimského pacienta jsme se v těchto kurzech nevěnovali. Veškerá specifika jsem opravdu pochytila až tady.“ S5 uvedla: „Samozřejmě jsem některé informace měla už z přípravných kurzů a knížek, ale to hlavní jsem zjistila v průběhu péče.“ Například sestra S1 odpověděla: „Můj manžel má kamaráda, co je právě muslim, tak od něj vím spoustu informací“ Sestra S4 odpověděla zase takto: „Ve školách ZČU a v nemocnici.“

Co se týče opětovné péče o muslimské pacienty, S2 stejně jako S5 pečují o muslimské pacienty každý den. Odpověď S2: „*Momentálně každý den, co jsem v práci.*“ Naopak sestry S3 a S4 o tyto pacienty momentálně nepečují vůbec. S3 uvedla: „*Ted' už muslimským pacientům neposkytuji péči vůbec, ale dříve ano. O muslimy jsem pečovala 8 let.*“ Podobným způsobem odpověděla i sestra S4: „*Nyní vůbec, dříve denně cca 12 let.*“ Oproti tomu sestra S6 o muslimské pacienty občas pečuje. Odpověď S6: „*Dříve jsem o muslimy pečovala denně, nyní se s nimi setkávám občas.*“ Sestra S1 se k této otázce vyjádřila takto: „*Moc často ne, ale u nás v ambulanci už jsem se s nimi setkala.*“

Kategorie Znalosti sester v oblasti péče o muslimské pacienty

Podkategorie Čerpání informací z oblasti transkulturní péče

V rámci znalosti sester v oblasti péče o muslimského pacienta bylo zjišťováno čerpání informací z oblasti transkultury. Co se týče otázek, jaké měl muslimský pacient specifické požadavky a zda sestry dokáží vyjmenovat zásady péče o muslimského pacienta, některé sestry informace shrnuly do jedné odpovědi. Například sestra S2 uvedla: „*Bylo to něco, co jsem nevěděla, takže jsem se to musela naučit ta pochodu. Jedná se vlastně o to, že když se starám o pacientku o ženu, tak před tím než přijde lékař na její pokoj, tak ji musím předem upozornit, že na její pokoj přijde lékař, aby žena měla dostatečný prostor se zahalit. Ne všechny ženy se zahalují, některé mají zahalené jen vlasy, některé si zahalují celý obličej a jsou jim vidět jen oči, a některé ženy se nezahalují vůbec. Toto záleží na muslimských ženách, ale mým úkolem je ženy upozornit, že na jejich pokoj vstupuje muž. Nikdy je nesmím nechat na pokoji samotné v přítomnosti muže, který není jejich manžel nebo blízký příbuzný. Když podepisují písemný souhlas, tak ženy musí mít 2 svědky, že lékař informoval pacientku o všem a ona mu porozuměla U mužů stačí podpis svědka pouze jeden. Samozřejmě nesmím zapomenout na modlení, protože modlení u muslimů má přednost před vším. Když budu mít třeba časovaný lék (např. antibiotika), tak je nezajímá, že já ted' přijdu na pokoj a chci jim antibiotika podat. Když se chtějí modlit, tak se prostě modlí. Další specifika mají v průběhu Ramadánu, který je součástí 5 pilířů jejich víry, kdy muslimové v průběhu dne nejí, nepijí, nemají sex. V Koránu je zmíněno to, že pokud je člověk*

nemocný, tak se Ramadánu účastnit nemusí. Pacientům vždy dáváme na výběr, jestli se Ramadánu účastnit chtějí nebo ne. Pokud se rozhodnou, že se Ramadánu účastnit chtějí, tak v podstatě to znamená to, že jídlo i léky dostávají v noci, pokud to samozřejmě není nic akutního. Možná jsem na něco zapoměla, ale k této otázce je to ode mě vše.“ Podobným způsobem odpověděla i sestra S6: „Specifika péče vidím hlavně v otázkách víry a kultury. Z pohledu sestry je důležité akceptovat víru pacienta a také dbát na intimitu pacienta. Třeba v ČR leží pacient na ARU nahatý, mnohdy ženy nemají zakrytá ani prsa, tohle je pro muslimy nepřijatelné. Klíček ke spokojenosti pacienta i sestry je akceptovat pacientovu víru a umožnit mu v rámci možností dodržovat určité zvyky. Dbáme taky na to, aby při převozu na vyšetření mohla mít pacientka přehozený šátek přes vlasy, popřípadě na obličej můžeme použít roušku, ne všechny muslimky si zahalují obličej. Další specifikum je třeba souhlas s hospitalizací, s nějakým výkonem, či operací podepisuje většinou mužský příslušník rodiny-otec, bratr, manžel. Pouze není-li to možné, podepisují 2 ženy z rodiny. Podpis 1 muže se rovná podpisu 2 žen. Při narození a umírání se šeptá do ucha pacienta Šaháda, modlitba, vyznání víry v jediného Boha. Šahádu musí pronést nahlas i člověk, který konvertuje k islámu. Dále je to půst měsíce Ramadán-Saun. Zakat-obdarování chudých věřících. Salat-modlitba 5x denně. Pouť do Mekky tzv. Hadž, každý muslim by ji měl podstoupit jednou za život. Pro nás sestry je důležité vědět, že třeba nikdy nesmíme oholit muslimského pacienta, je to otázka víry. Další specifikum je, pokud má žena periodu, tak je považována za nečistou a nesmí se dotknout Koránu.“ Naopak sestra S1 uvedla: „Jednou jeden pacient nechtěl, abych byla při vyšetření, pochopila jsem to, ale samozřejmě mi to bylo nepříjemné, jinak nikdy neměli žádné požadavky. K zásadám péče se setra S1 vyjádřila takto: „Nějaké zásady vím, ale podle mého názoru by se měli přizpůsobit podmínkám u nás.“ Sestra S5 odpověděla na otázky velmi stručně: Ano, strava bez vepřového masa, dodržování Ramadánu. Důležité je víceméně vyhovět jeho požadavkům, které jsou pro nás mnohdy nepochopitelné.“ Sestra S4 zase odpověděla: „Spíše ženy občas vyžadovaly vyšetření/ ošetření doktorem ženou, některé tolerovaly muže doktora za přítomnosti manžela a zdravotní sestry, některým stačila pouze sestra, která je ale při intimním vyšetření přítomna vždy. Ohledně stravy naše nemocnice měla výběrový systém pro všechny – sám pacient tedy určuje, co si přeje jíst. Např. na ambulanci poskytnutí místnosti na modlitbu. Všeobecně platí strava bez vepřového, u mužů se nedoporučuje oční kontakt od sestry-ženy, ani jim nepodává ruku. (Jakkoli naše

nemuslimská chirurgyně podává ruku všem svým pacientům bez rozdílu, tedy i mužům.) K pacientkám ženám při intimním vyšetření – prsa, gynekologické apod. provádí vyšetření doktorka- žena pokud možno – vždy se pacientů ptáme na preference. Brát ohled na potřebu modlitby a dignitu při nemocničním pobytu, vyšetření zejména pokud pacientka jede mimo oddělení – některá vyžaduje zakrytý obličej apod. Ohled na lačnění při Ramadánu. Všeobecně nepotřásáme jim levou rukou, pravou se nikdy neutírají po použití toalety a po ní se rádi očistí vodou. Neděláme péči o zemřelého – dělá rodina sama anebo podle dohody. S3 odpověděla stručněji: „Ve srovnání s péčí s českými pacienty určitě nějaké rozdíly jsou. Zařadila bych sem čas modlitby. Neměli rádi, když o ně pečovali muži křesťani, ženy křesťanky jim nevadily. Vždy u sebe museli mít někoho z rodiny, neexistovalo, že by v nemocnici zůstal pacient sám. Když to vezmu z pohledu stravy, tak rozdíl byl i v tom, že nejí vepřové maso a nesmí pít alkohol. Ale musím říct, že milují hovězí maso, co jsem si všimla. A musím říct, že s vegetariánskou stravou by moc spokojení nebyli.“ Ohledně zásad péče o muslimského pacienta sestra S3 uvedla: „Zásady péče určitě mají. Důležité je respektovat jejich kulturu. Oni tomu říkají kultura, já tomu říkám religion = náboženství.“ Co se týče komunikace s muslimskými pacienty a zda byly využity nějaké komunikační pomůcky sestra S6 odpověděla: „Já jsem se naučila trochu arabsky, tak jsem komunikovala s pacienty v jejich jazyce, i tady v Čechách. Je-li pacient jiné národnosti snažím se naučit aspoň pár slovíček v jeho jazyce. Působí to dobře na psychiku pacienta. Můžete využít taky různých kartiček s obrázky, a v dnešní době jsou i různé aplikace, které vám můžou pomoci v komunikaci s cizincem.“ Sestra S2 odpověděla zase takto: „Většina mých pacientů, troufám si říct 80% mluví jen arabsky, takže jsem používala ruce, nohy google překladač a tlumočnicka bohužel k dispozici nemáme. Většinou jsem žádala o pomoc své kolegyně. Žádné pomůcky tu nemáme. Pacienty musíme edukovat, takže v případě, že potřebují dát lék, tak mám papíry, kde je to napsané v arabštině pro ně, aby tomu rozuměli, anebo využíváme edukační videa, která jsou v arabštině. Co se týká přímo komunikace mě s pacientem, tak přímo takové pomůcky nemám. Ale vím, že ministerstvo zdravotnictví České republiky má na stránkách základní věty, které jsou přeloženy do arabštiny.“ Podobným způsobem se dorozumívala sestra S5: Komunikace většinou přes překladač arabsky. Komunikace byla většinou přes ten překladač nebo rukama nohama“ Naopak sestra S1 uvedla: „Úplně jako s každým. Využívala jsem komunikační kartičky a mobil s překladačem no.“ Sestra S3 zase odpověděla takto: „S muslimy jsem komunikovala

anglicky a také umím trochu arabsky. Ze začátku jsem využívala tlumočnicka. Ale co se týče třeba kartiček, tak ty jsem vůbec nevyužívala. Vždy jsem se nějakým způsobem domluvila.“ Sestra S4 se ke způsobu, jakým komunikovala, nevyjádřila.

Na otázku, jaké zná pomůcky ke komunikaci S4 odpověděla: *„Překladatel, jazyková linka, internet, obrázkové karty. Překlad příbuzným či kamarádem je problematický z hlediska potenciálního zamlčení informace, odborných termínů či GDPR a preferencí pacienta samého.“*

Kategorie Problematika péče o muslimského pacienta

Podkategorie Pozitivní zkušenosti

Většina sester má s muslimskými pacienty spíše pozitivní zkušenosti. Například sestra S3 uvedla: *„Pozitivních zkušeností mám mnoho. Jsou úžasní. Muslimové berou vše tak, jak je „Alláh dal, Alláh vzal“. Nikdy se nestalo, že by muslimové napadali doktory nebo sestry za péči, že by to byla jejich vina.“* S6 nad svojí odpovědí chvíli váhala, ale odpověděla takto: *„Pozitivních zkušeností je mnoho, ale upřímně si na žádnou konkrétní nemohu vzpomenout.“* Naopak S1 velmi stručně uvedla: *„Víceméně žádné.“* Oproti tomu sestra S2 říká: *„Určitě to, že islám klade velký důraz na rodinu, která bych řekla, že je společně s vírou na prvním místě. Dokonce nemocnice umožňuje takzvaného seetra- to je člověk (rodinný příslušník nebo nějaký oš. pracovník), který je vlastně s pacientem na pokoji 24 hodin denně. Samozřejmě pomáhá i v oš. činnosti a v neposlední řadě je emocionální podporou pro pacienta. Takže tohle rozhodně beru jako pozitivum ve spojení s péčí o muslimské pacienty. Samozřejmě nemůžu říct, že pro nás sestry to občas není otravné, ale to je jako, když začnou návštěvní hodiny v nemocnici. Ale důležité je myslet na pacienty. A u toho bych asi skončila.“* S5 zase uvedla: *„Podle mě pozitivum je, když přijdou a nějakým způsobem nedávají najevo, že jsou jiného vyznání.“* Sestra S4 uvedla hezký příklad: *„Při první praxi na oddělení mi starší muž-pacient vždy řekl, že hygienu zvládá. Po 2 dnech mi bylo jasno, že ne – nabídla jsem pomoc, jak zvykem doma. Až později mi došlo, že to pro něj asi nebylo jednoduché a podle pravidel, ale byl velmi přátelský, a se svými staršími mužskými přáteli při návštěvě se na mě všichni potutelně usmívali. Jindy nás zase*

pacientka

na klinice zvala na oběd. Ale i v ČR některé spolupacientky díky skvělé muslimce řekly, že naprosto změnily názor na muslimy,“

Kategorie Problematika péče o muslimského pacienta

Podkategorie negativní zkušenosti

Na otázku, s jakými problémy jste se setkala při ošetřování muslimského pacienta a jak jste tuto situaci řešila, má sestra S1 odpověděla touto zkušeností: *„Jak už jsem zmínila, jednou muž nechtěl, abych byla u vyšetření, pochopila jsem to, ale bylo to divné.“* Naopak S3 nad odpovědí chvíli váhala: *„Nad touto otázkou se musím hodně zamyslet, ale abych byla upřímná, tak si na nic nevzpomínám. Myslím si, že jsem se s žádnými problémy, které se týkají oš. péče o muslimského pacienta nesečkala. Krom toho, že mi pár pacientek řeklo, že je škoda, že jsem křesťanka, že jsem moc hodná a zasloužila bych si do nebe. Samozřejmě to berte s rezervou, rozhodně se mě nikdo nesnažil donutit ke konvertování. Plně respektovali moji víru, tak jako já jejich.“* S6 odpověděla: *„Já osobně jako sestra nemám problém pečovat o jakéhokoli pacienta, ale setkávám se bohužel často s negativním přístupem mnoha sester k muslimským pacientům, Romům, k závislým pacientům, atd... Já pacienty nesoudím, pečuji o ně tak, jak bych chtěla, aby někdo pečoval o mé příbuzné. Obvykle sestry obtěžuje, když rodina po nás chce, abychom pouštěli pacientovi Korán – nahrávky, nebo někdy vadí sestram početné návštěvy. Na našem oddělení jsem se setkala s kladným i záporným přístupem.“* Jediné sestry S4 a S5 mají podobné zkušenosti. Sestra S4 uvedla: *„Na ambulanci-vyšetření prsou, když nebyl dostupný ženský chirurg, některé ženy nesvolily vyšetření doktorem mužem vůbec. (některým by stačila přítomnost sestry, ale při přítomnosti manžela nesvolily, jiné volaly domů.) Musel být nabídnut jiný termín (při dostupnosti ženy doktorky) nebo vyšetření ve větší nemocnici, kde doktorky ženy měli stabilně. Naše nemocnice později získala ženského chirurga natrvalo. Sestra S5 má podobnou zkušenost, ale s mužem: „Odmítání ošetření sestrou nebo lékařkou, prostě ženským pohlavím. Bylo nutné ošetření mužským personálem.“* Sestra S2 na tuto otázku odpověděla velmi rozsáhle: *„Mně se třeba stalo to, že jsem se starala o pacienta, kterého jsem měla odvést na sál a už mi vlastně volali ze sálu, že mám pacienta dovést k operaci.*

Pacienta jsem informovala a on mi řekl, že se před operací chce pomodlit. Samozřejmě jsem mu prostor k modlení umožnila. A on mi oznámil, že mu Alláh v průběhu modlitby oznámil, že se prostě operovat nemá nechat. Takže jsem informovala tým operatérů, který se snažil s pacientem tuto situaci vyřešit, ale bohužel to nepomohlo, takže pacient odešel bez operace domů. Musím ti říct příběh, který se týkal mě samotné. Muslimové kladou větší důraz na intimitu těla. Vezmu ve srovnání s českými pacienty, když přijdeš na pokoj, tak se mnohdy stane, že jsou pacienti obnažení a je jim to úplně jedno. U muslimů to opravdu jedno není a musíme se snažit eliminovat i náš dotek na úplné minimum. Zahalovat části těla a mít k vlastnímu tělu respekt. Mně se vlastně stalo, že když jsem do Saudské Arábie přijela, tak jsem musela jít na RTG vyšetření, protože mám zdravotní problémy, které se týkají zad. A jak jsem z České republiky zvyklá, tak jsem se obnažila do půlky těla, vešla jsem a vyděsila jsem radiologického pracovníka, že jsem byla obnažená. S ním to málem švihlo (smích). Radiologický pracovník se otočil a zakoktal se řekl mi, že na RTG se chodí bez spodního prádla, ale v tričku. Jednou se mi stalo, že jsem se starala o pacienta, který se účastnil Ramadánu a já mu podala lék, teď si nevzpomenu, který to byl, ale podala jsem mu ho nařazený s glukózou a tím jsem mu porušila Ramadán, protože glukóza se počítá jako určitý druh jídla. Naštěstí se na mě nikdo nezlobil. V případě, že poruší Ramadán, tak si ten den nahradí v průběhu roku. Jedinou podmínkou je, že musí splnit daný počet dnů.“

K otázce, která se týká negativních zkušeností, sestra S3 uvádí, že nemá žádné negativní zkušenosti a sestra S5 se k této otázce nevyjádřila. Naopak sestra S2 uvedla: „Pro mě je hodně těžký tohle říct, protože pocházím z jiného prostředí a na základě toho, co mě učili ve škole, tak jako negativní považují teda to, že se tu neklade takový důraz na časované léky. Protože přednost má modlitba. Někdo se modlí 5 minut, ale někdo také 30 minut nebo hodinu. Takže se vlastně mnohdy stane, že oni se vymlouvají na Boha, samozřejmě tím nechci nikomu křivdit. Já třeba potřebuji, aby se před operací osprchovali a oni třeba řeknou, že ne, že se jdou modlit Já vždycky říkám to, že když někde dělají něco jinak, že to neznamena, že je to špatně. Pro ně je prostě ta víra přednější před vším.“ Sestra S6 má tuto nepříjemnou zkušenost: „Nyní máme pacientku a rodina nás požádala omýt pacientku před modlitbou a dát jí pár kapek vody i na rty- svěcená voda z Mekky-některé sestry vyhoví, některé to vyloženě obtěžuje.

Je to o osobnosti tej či onej sestry. Samozřejmě ne všichni jsou milí a slušně vychovaní. Někteří muslimové se vás jako sestru budou snažit přehlížet, ignorovat a budou mluvit pouze s mužským kolegou. Také se mezi nimi najdou agresivní jedinci, kteří vám budou bušit do dveří a nadávat, dokonce i napadat sestry jen proto, že s něčím nejsou spokojeni, nebo že stav jejich příbuzného se zhoršuje...atd. Zním případ jedné sestry z pohotovostí, které podřízli krk jelikož pacient umřel. Ta sestra to naštěstí přežila. Řeší se to individuálně, je-li to nutné volá se ochranka“ K této otázce se sestra S3 vyjádřila takto: „Jako negativní zkušenost beru to, že odmítali mé kolegy křesťany. Uvedu Vám to na příkladu, že když muž chtěl jít do koupelny, tak jsme je musely brát my ženy. Muž křesťan nepřipadal v úvahu. Jinak žádnou negativní zkušenost nemám. Musím říct, že za léta praxe nemám žádnou špatnou zkušenost ani s českými pacienty. Myslím si, že když člověk k lidem přistupuje laskavě, tak dost těžko bude mít negativní zkušenost.“ Negativní zkušenost sestry S4 se týká neschopnosti zajistit vyšetření ženou: „Celkem spíše kolem vysvětlování okolo neschopnosti zajistit vyšetření ženou Dr. U rodiny z Afghánistánu jsem se zeptala, zdali by i u nich doma byla vždy přítomna žena chirurg k vyšetření prsou – manžel jasně odpověděl, že ano... což samozřejmě objektivně nelze! Vždy se snažíte vysvětlit, že jde o zdraví ženy – v jiné nemocnici by opět čekala od konce fronty (kliniky fungují pouze na objednání, s výjimkou urgentních případů – na ty přijde řada tuším max. do týdne/pár dnů). Musíte být asertivní a stát si za svým, eventuálně přizvat manažera k dovysvětlení. Většina pacientek ale chápala i to, proč musí být vyšetřeny chirurgem a ne sestrou.“

Kategorie Vnímání péče o muslimského pacienta

Podkategorie Osobní přínos

Na otázku, zda vás obohatila zkušenosti nějakým způsobem, sestra S1 stručně odpověděla: „Asi zatím neobohatila.“ Naopak sestra S2 uvedla: „Určitě ano, já vždycky na tuhle otázku odpovídám tak, že zmíním pojem tzv. culture evernes= kulturní povědomí, protože ať už se nám to líbí nebo ne, tak my máme tendenci reagovat na různé situace nebo soudit ostatní lidi na základě té naší vlastní kultury. Na základě toho, kde my jsme vyrůstali, na základě země, ze které pocházíme. Na základě té kultury, která ovlivňovala nás. Jakmile my dokážeme být otevření tomu světu a vycestujeme

a začneme poznávat ostatní kultury, tak se dokážeme do nich vcítit. Potom se na ty konkrétní situace dokážeme podívat očima i jiné kultury. A nesmím zapomenout na můj kulturně-profesní rozvoj. A tato zkušenost mi dala hodně a věřím, že tím to ještě nekončí.“ Sestra S3 odpověděla podobným způsobem jako sestra S2. Odpověď S3: *„Určitě ano. Určitě ve smyslu, že se nedokážu dívat na islám jako na něco špatného, protože mezi muslimy mám mnoho přátel. Díky pobytu v cizí zemi jsem si uvědomila, že v celém světě žijí stejní lidé, ať je to muslim, křesťan, ateista, hinduista nebo budhista. Mým názorem je, že tu negaci způsobují lidé, kteří jsou u moci.“* Sestra S4 odpověděla stručněji: *„Samozřejmě, stejně jako život v cizí zemi. Většina lidí se neliší – chtějí žít v klidu a míru. Navíc jsem potkala naprosto úžasné kolegy – Dr., sestry, recepční apod. Jednoho sice méně, ale to jen potvrzuje realitu“* Sestra S5 říká: *„Ano, více si vážím lidí, kteří mou práci ocení.“* K této otázce se stručně vyjadřuje i sestra S6: *„Samozřejmě, že ano. Tyto zkušenosti se nezapomínají.“*

Kategorie Vnímání péče o muslimského pacienta

Podkategorie Rozdíly v přístupu

Zda sestry vnímají nějaké rozdíly při poskytování péče muslimskému pacientovi oproti jiným, se sestry S3 a S6 vyjádřily stejně. Odpověď S6: *„Já osobně zas takové rozdíly nevnímám. Muslimský pacient je pro mě pacient jako každý jiný. Naopak sestra S2 (stejně jako S5) rozdíly vnímá. S2 říká: „Jak jsem zmiňovala ty specifika ošetrovatelské péče, tak bych řekla, že v tomhle je rozdíl. A také bych řekla, že muslimové jsou více rozmazlení. U českých pacientů mám takový pocit, že když jim něco řeknu oni to udělají. Oproti tomu muslimům se to řekne 3x a oni to neudělají. Pro ně je všechno inshallah-dá-li Bůh. V 9 jim řeknu ať si vezmou lék, ale ještě to musím jít zkontrolovat, jestli si to opravdu vzali. Musím říct, že si mě muslimští pacienti váží. Jsem pro ně v jejich očích víc než pro pacienty z České republiky. Ale co se týká té „poslušnosti“, tak v porovnání s českými pacienty je ta domluva náročná.“* Sestra S5 odpověděla stručně: *„Ano, samozřejmě. Je třeba muslimskému pacientovi více vycházet vstříc, poslouchat, co chce on, můj názor ho většinou nezajímá.“* Například S1 uvedla: *„U nás na ambulanci žádné asi nejsou, ale při dlouhodobé hospitalizaci asi budou.“* Sestra S4 zase odpověděla: *„Nejspíš musíte být více obezřetní ohledně hygieny, jídla, úmrtí a dignity všeobecně.“*

Co se týče otázky, je pro Vás islámské náboženství překážkou při poskytování péče, se sestry S2, S3, S4, S5 a S6 shodly na odpovědi, že islámské náboženství překážkou není. K této otázce se sestra S2 vyjádřila takto: „Ne ne, určitě to nevnímám jako překážku. V péči k těmto pacientům přistupuji s respektem a vím, že je to něco, co je součástí jejich kultury. Bylo to mé rozhodnutí, že toho chci být součástí, takže nad tím vůbec takhle nepřemýšlím. Výzva to je určitě, ale překážka určitě ne. Beru to tak, jak to je.“ Její odpověď doplnila sestra S6: „Péče o muslimského pacienta není pro mě překážkou, stejně jako péče o lidi s jinou vírou a kulturou. Občas jsem terčem pro některé kolegyně a stěžují si mně, když si dovolím napsat překladovou zprávu v angličtině při repatriaci pacienta. Naštěstí vrchní sestra má dost rozumu a chápe, že taková česky psaná sesterská zpráva by byla třeba vietnamským zdravotníkům k ničemu.“ Jako jediná sestra S1 odpověděla: „Možná bych si o tom někdy chtěla více zjistit, ale není to moje povinnost to znát a jednat podle toho.“

Ohledně chování kolegů při poskytování péče muslimskému pacientovi se sestra S6 nevyjádřila vůbec a sestra S1 nedokázala posoudit. Odpověď S1: *„To nemohu posoudit, na ambulanci jsem sama jen s lékařem, a ten se chová tak, jak já.“* Naopak sestra S5 uvedla: *„Stejně jako ke kterémukoli jinému pacientovi.“* Sestra S2 zase odpověděla: *„Zaleží jak kdo. Lidé, se kterými jsem se setkala jsou ze všech koutů světa, takže se současná situace je taková, že v nemocnici je multikulturní tým a všichni se vzájemně respektují a respektují se i pacienti.“* Jediné sestry S3 a S4 se na svých odpovědích shodly. Odpověď sestry S3: *„Myslím si, že se kolegové chovali dobře. Všichni se chovali s respektem. Nikdo nechce mít žádné problémy.“* Sestra S4 uvedla: *„V Anglii vždy v pořádku, v ČR byly sestry také naprosto OK- ale byla to velmi krátká zkušenost, osobně...“*

5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti muslimských pacientů v rámci českého zdravotnictví.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se ptá, jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta z pohledu sester, druhá, jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví. Třetí z nich zněla, jaké problémy vnímají sestry při péči o muslimského pacienta, a čtvrtá pak, jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví.

Sběr dat proběhl technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumnou skupinu tvořilo šest sester, které v průběhu své praxe pečovaly o muslimské pacienty a šest pacientů, kteří měli zkušenost s ošetrovatelskou péčí v České republice a kteří vyznávají islám. Dotazovaní informanti byli velice ochotní, na dané otázky odpovídali, některé otázky musely být dovysvětleny či zopakovány.

V této části se budu věnovat výzkumným otázkám, jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta z pohledu sester a jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví.

Pro začátek bylo důležité zjistit, kdo je pro sestry muslim, a jak by ho charakterizovaly. Khidayer (2011, S. 33) definovala muslima takto: „*Muslim je každý vyznavač náboženství zvaného islám. Muslimem tedy může být kdokoliv*“ Každá ze sester definovala muslima jinak, ale význam byl v závěru stejný. Nejlépe muslimského pacienta definovala S2, která uvedla: „*Muslim, je člověk jako každý jiný. Je to člověk, který věří v Boha.*“ Tato odpověď koresponduje s definicí dle Takalama (2013): „*V širším slova smyslu je muslim každý, kdo se dobrovolně podřizuje vůli Boží, takže všichni proroci předcházející proroku Mohamedovi jsou považovány za muslimy.*“ Dle mého názoru je muslimem ten, kdo se za něj považuje. Muslim je pro mě člověk jako každý jiný. Co se týče islámu Mahdi (2021) v článku uvádí, že věřící (muslim) přijímá odevzdání se do vůle boží jediného Boha Alláha. Vůle Alláha je obsažena v Koránu, písmu svatém, který Alláh zjevil proroku Mohamedovi. S touto charakteristikou koresponduje sestra S3, která odpověděla:

„Muslimové vyznávají Islám, což je tedy víra v Boha Alláha...Věří v proroka Mohameda, který dál šířil osvětu. Mají knihu Korán, ve které je obsaženo veškeré jejich náboženství“ Většina dotazovaných sester uvedla, že momentálně o muslimské pacienty pečují pouze občas nebo vůbec. Jediná sestra S2 uvedla, že o pacienty pečuje téměř denně.

O specifikách ošetrovatelské péče hovoří všech šest dotazovaných sester. Informace o specifikách péče sestry získaly převážně v průběhu praxe. Dle mého názoru nejlépe specifika péče shrnula sestra S2: *„Jedná se vlastně o to, že když se starám o pacientku o ženu, tak před tím než přijde lékař na její pokoj, tak ji musím předem upozornit, že na její pokoj přijde lékař, aby žena měla dostatečný prostor se zahalit. Ne všechny ženy se zahalují, některé mají zahalené jen vlasy, některé si zahalují celý obličej a jsou jim vidět jen oči, a některé ženy se nezahalují vůbec. Toto záleží na muslimských ženách, ale mým úkolem je ženy upozornit, že na jejich pokoj vstupuje muž. Nikdy je nesmím nechat na pokoji samotné v přítomnosti muže, který není jejich manžel nebo blízký příbuzný. Když podepisují písemný souhlas, tak ženy musí mít 2 svědky, že lékař informoval pacientku o všem a ona mu porozuměla U mužů stačí podpis svědka pouze jeden. Samozřejmě nesmím zapomenout na modlení, protože modlení u muslimů má přednost před vším. Když budu mít třeba časovaný lék (např. antibiotika), tak je nezajímá, že já teď přijdu na pokoj a chci jim antibiotika podat. Když se chtějí modlit, tak se prostě modlí. Další specifika mají v průběhu Ramadánu, který je součástí 5 pilířů jejich víry, kdy muslimové v průběhu dne nejí, nepijí, nemají sex. V koránu je zmíněno to, že pokud je člověk nemocný, tak se Ramadánu účastnit nemusí. ...“* Odpovědi sester korespondují s Attum et al. (2021), který popisuje poskytování vysoce kvalitní péče muslimským pacientům, která vyžaduje znalost kulturních rozdílů, jež se týkají stravy, abstinence alkoholu soukromí. Stejně tak všichni dotazovaní muslimští pacienti uvedli, že v rámci svého náboženství dodržují 5 pilířů islámu, do kterých tedy zapadá abstinence alkoholu, strava, pravidelná modlitba, Ramadán a ženy samozřejmě dodržují pravidla oblékání. Muslimové, kteří byli hospitalizováni se shodli, že v průběhu hospitalizace by po zdravotnickém personálu požadovali pouze prostor pro modlitbu a dodržování stravy. Sestry ale také uvedly, že někteří pacienti vyžadovali nejen prostor pro modlitbu a stravu, ale také specifika víry v průběhu Ramadánu, dodržování pravidel jejich etiky a podobně.

Co se týče problematiky péče z pohledu muslimského pacienta, tak do této části bych rozhodně zařadila komunikaci. Linhartová et al. (2015) udává, že komunikační bariéra může u pacientů vést k negativním emocím jako je například strach frustrace a z důvodu jazykové bariéry může dojít i k nedodržování léčby. Většina sester se s pacienty snaží komunikovat v jejich jazyce (anglicky, arabsky) nebo využívají pomoc tlumočnicka a kartiček. Mnohdy se ale stane, že sestry musí sáhnout po překladači, anebo komunikují „rukama, nohama“, jak uvedla sestra S5. Pět muslimských pacientů uvedlo, že s komunikací žádný problém neměli, protože mluví českým nebo slovenským jazykem. Naopak pacientka M4 ve své odpovědi uvedla: *„Komunikace byla taková „rukama, nohama“. Někteří lékaři mluvili anglicky, tak to bylo dobré, ale hodně sester neumí žádný jazyk, takže to moc nešlo... Tlumočnick tam nebyl a nic jiného jsme nepoužívaly...“* Z mé dosavadní praxe musím říct, že správná komunikace je důležitou součástí péče. Dokáže člověka povzbudit a také si díky správné komunikaci získáme pacientovu důvěru. S tímto se shoduje Kutnohorská (2013), která uvádí, že komunikace má pro ošetrovatelskou praxi velký význam. Pomáhá léčit, ale může také hodně ublížit.

Z odpovědí plyne, že sestry znají základy specifik ošetrovatelské péče. V průběhu poskytování péče je pacientům umožněno většinu zvyků dodržovat. Dle mého názoru nejlépe základy specifik shrnula sestra S4: *„Všeobecně platí strava bez vepřového. U mužů se nedoporučuje oční kontakt od sestry ženy, ani jim podávat rukou... Brát ohled nad potřebu modlitby... Ohled na lačnění při Ramadánu.“* S tímto koresponduje i Kutnohorská (2013), která udává, že pro muslimy nebývá zvykem potřást rukou při setkání nebo loučení, může se i stát, že odmítnou podat ruku. Mnohdy se ale stalo, že docházelo ze strany personálu docházelo k jazykové bariéře, protože neznaly jazyk nebo neměly možnost využít tlumočnicka nebo jazykové kartičky. S tímto souvisí článek od Kutnohorská et al. (2016), která uvádí, že komunikační dovednosti ulehčují sociální kontakt.

Mezi další výzkumné otázky patří, jaké problémy vnímají sestry při péči o muslimského pacienta, se kterou se pojí výzkumná otázka, jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví.

Z odpovědí sester je patrné, že občas k nějakým problémům při poskytování péče dochází. O problémech při poskytování péče o muslimského pacienta sestry S4 a S5 uvedly zkušenost, která se týkala odmítání ošetření opačným pohlaví. S touto zkušeností se shoduje i Attum et al. (2021), který ve svém článku uvádí, že je nutné respektovat soukromí pacienta a při poskytování péče je nejlepší, když se o pacienta stará zdravotník stejného pohlaví. Dle mého názoru by se tyto pravidla měly dodržovat. Samozřejmě v případě, kdy to není možné by měl být přítomný, alespoň jeden zdravotník (sestra) stejného pohlaví jako je pacient. Další negativní zkušenost uvedla sestra S6, která má zkušenost s přehlížením či ignorováním ze strany muslimského pacienta muže, také se setkala s agresí a nadáváním. S touto odpovědí nekoresponduje Takalam (2013), který ve svém článku uvádí, že povinností muslimů je ušlechtilé a citlivé chování a ve společnosti se chovají ohleduplně. Samozřejmě se k těmto situacím dochází jen ve výjimečných případech, protože dále sestry uváděly spíše pozitivní zkušenosti s muslimskými pacienty. Hezký příklad uvedla sestra S4, která popsala průběh péče o muslimského pacienta: *„Při první praxi na oddělení mi starší muž-pacient řekl, že hygienu zvládá. Po dvou dnech mi bylo jasno, že ne-nabídla jsem mu pomoci. Až později mi došlo, že to pro něj nebylo jednoduché a podle pravidel..“* S touto odpovědí koresponduje Attum et al. (2013), který ve svém článku uvedl, že pro muslimy je péče o jejich zdraví náboženskou povinností. Většina sester (S2, S3, S4, S5 a S6) po zkušenosti s poskytováním péče muslimským pacientům uvedla, že je tato zkušenost obohatila. V souvislosti s tímto bych ráda uvedla odpověď sestry S2: *„Já vždycky na tuhle otázku odpovídám tak, že zmíním pojem tzv. culture evernes= kulturní povědomí, protože ať už se nám to líbí nebo ne, tak my máme tendenci reagovat na různé situace nebo soudit ostatní lidi na základě té naší vlastní kultury. Na základě toho, kde my jsme vyrůstali, na základě země, ze které pocházíme. Na základě té kultury, která ovlivňovala nás. Jámile my dokážeme být otevření tomuto světu a vycestujeme a začneme poznávat ostatní kultury, tak se dokážeme do nich vcítit. Potom se na ty konkrétní situace dokážeme podívat očima i jiné kultury. A nesmím zapomenout na můj kulturně-profesní rozvoj. Toto zkušenost mi dala hodně a věřím, že tím to ještě nekončí.“* Všechny sestry jsou si vědomé toho, že při poskytování péče muslimským pacientům musí být obezřetnější, co se pravidel víry týče. Z pohledu náboženství žádná z dotazovaných sester tuto skutečnost nevnímá jako překážku při poskytování péče, stejně tak to vnímají i jejich kolegové. S těmito názory se shoduje i Attum et al. (2013),

který říká, že je důležité, aby zdravotníci porozuměli otázkám, které se týkají postojů a chování jež souvisí s vírou muslimských pacientů.

V této části se budu věnovat názorům muslimských pacientů na české zdravotnictví a zdravotnický personál. Zkušenosti muslimských pacientů se zdravotnickým personálem jsou spíše pozitivní. Muslimové M2, M4 a M5 uvedli i negativní zkušenost, která se týkala špatného přístupu a jazykové bariéry. Z těchto odpovědí je patrné, že vše je o lidech a také o jejich vztahu k povolání. Co se týče dostatečných znalostí sester v oblasti islámského náboženství, odpovědi pacientů byly rozdílné. Někteří muslimové (M1, M3, M5) si myslí, že ne, ale ostatní pacienti (M2, M4, M6) tvrdí opak. K této otázce se krásně vyjádřil muslim M6, který říká: „*Sestřičky jsou strážní andělé, kteří odvádí výbornou práci.*“ Dle mého názoru je důležité, aby měly sestry dostatečné znalosti v oblasti islámského náboženství, jak uvádí Attum et al. (2013), když zdravotníci pochopí islámskou víru, pomůže jim poskytovat ošetrovatelskou péči tím správným způsobem.

Co se týká rozdílů poskytování péče u nás a v rodných zemích pacientů. Pouze tři muslimové (M1, M4, M6) dokázali tuto péči zhodnotit. Rozdílly se týkaly vyšší kvality péče v ČR, lepší dostupnosti léků a vyšší vzdělanost personálu. M6 uvedla, že v jejich rodné zemi nejsou tak omezené návštěvy a přístup je více rodinný. Podobné výsledky ve své práci uvádí i Toumová (2015), která ve výzkumu zjišťovala zkušenosti arabských pacientů s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví. Dále se pak zaměřovala na nejčastější problémy při ošetřování arabských pacientů z pohledu sester. Na zkušenosti arabských pacientů při kontaktu se zdravotnickým personálem a také zjišťovala rozdíly v poskytování zdravotní péče v České republice a v arabských zemích.

Poslední zkoumanou oblastí byla míra zlepšení kvality sester a českého zdravotnictví. Co se týká sester, z odpovědí muslimů je patrné, že k žádnému výraznému zlepšení dojít nemusí. Dle muslimů jsou sestry vysoce kvalitní a měnit by se měli pouze jednotlivci a některé sestry mohly být srdečnější. Podobné odpovědi zaznívaly i v oblasti, která se týkala českého zdravotnictví. Zajímavý názor vyjádřila muslimka M5: „*Podle mě by se nemělo zlepšovat nic. V případě, že já jako muslimka hledám pomoc, tak neřeším, jestli mě ošetřuje muž nebo žena, protože tu pomoc potřebuji. Samozřejmě, že*

bych byla radši, když by mě ošetřovala žena, ale vím, že to mnohdy není možné.“ Ať už se jedná o péči kteréhokoli pacienta, je důležité porozumět jeho potřebám. S tímto koresponduje Morongová (2015), která uvedla: *„Důležité je, aby se sestra dokázala vcítit do situace pacienta a dokázala vše srozumitelně vysvětlit. Pacienti upřednostňují, když s nimi sestry mluví v krátkých a srozumitelných větách a nepoutávají odbornou terminologii.*

Se srozumitelností úzce souvisí schopnost sestry komunikovat s pacienty a tím zmírňovat jejich strach a obavy. „Každý člověk je jiný a toto pravidlo platí i pro zdravotníky. Vše je o toleranci a respektu k člověku. Vždy však musíme poskytnout pacientům tu nejlepší možnou péči. Ať už se jedná o pacienta z jakéhokoli náboženství či kultury.

6 Závěr

Práce s názvem „Muslimský pacient v českém zdravotnictví“ byla napsaná za účelem zjistit zkušenosti muslimských pacientů v rámci českého zdravotnictví. Na základě tohoto cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. VO 1: Jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta? VO 2: Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví? VO 3: Jaké problémy vnímají sestry při péči muslimského pacienta? VO 4: Jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví?

Z výsledků lze soudit, že dle názoru sester mezi základní specifika ošetrovatelské péče patří pravidla stravování a modlitba. Další šetření prokázalo, že v průběhu poskytování péče je muslimským pacientům umožněno dodržování většiny zvyků, které se tykají jejich náboženství. Dle názoru muslimů je české zdravotnictví na velmi vysoké úrovni. Stejný názor mají také na kvalitu poskytované péče. Jako největší problém při poskytování ošetrovatelské péče muslimským pacientům se ukázala komunikace. Tento problém uváděly sestry i někteří pacienti. Ze strany personálu docházelo k jazykové bariéře, protože neznali jazyk nebo neměli možnost využít tlumočnicka nebo jazykové karty.

V dnešní době se vlivem migrace můžeme setkat s pacienty s odlišnou vírou či náboženstvím. Muslimský pacient má mnoho specifík v běžném životě i při poskytování ošetrovatelské péče. Tato specifika je nutné při poskytování péče respektovat. K tomu abychom mohli poskytovat kvalitní péči s respektováním odlišností, je dobré znát názor samotných pacientů na české zdravotnictví. Jejich zkušenosti a názory, tak mohou pomoci péči zkvalitnit.

Výsledky bakalářské práce poukazují na největší problémy, se kterými se setkávají muslimští pacienti v českém zdravotnictví a také na problémy, které souvisí s poskytováním péče muslimským pacientům.

Bakalářská práce slouží jako zdroj informací nejen pro sestry, ale i pro pacienty. Může pomoci ve vzdělávání v oblasti transkulturního ošetrovatelství, ale také by mohla pozitivně ovlivnit přístup k pacientům odlišného náboženství či kultury.

7 Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A, SLEZÁKOVÁ Z., 2005., *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 stran, ISBN 80-86225-63-1.
2. ATTUM, B., et al., © 2021. *Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families* [online]. National Center for Biotechnology Information [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
3. HAERI, F., 1997, *Základy islámu: tradice, historie, vývoj, současnost*. Olomouc: Votobia, 234 stran, ISBN 80-7198-212-1.
4. HÁJEK, M., BAHBOUH, Ch., 2016. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing. 200 stran ISBN 978-80-247-5631-8.
5. HEŘMANOVÁ, E. 2012., *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 239 stran, ISBN 978-80-7419-106-0.
6. HILLENBRAND, Ca., 2017 *Islám: historie, současnost a perspektivy*. V Praze: Paseka, 301 stran ISBN 9788074326851.
7. HRBEK, I. 2000 *Korán*. Praha: Academia, 797 stran ISBN 80-200-0246-4.
8. IVANOVÁ, K., Lenka ŠPIRUDOVÁ et al, 2005. . *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 248 stran, ISBN 80-247-1212-1.
9. KHIDAYER, E. *Život po arabsku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. 280 s. ISBN 97-0-204-2786-1.
10. KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. *Transkulturne ošetrovatelstvo a jeho zakladateľka Madeleine Leiningerová*. In Molisa – ošetrovatel'ské listy Šariša. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 35-37. ISBN 80-8068-480-4.
11. KROPÁČEK L., © 2017 , *Islám v historii*. Encyklopedie migrace [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://www.encyclopediaofmigration.org/islam-v-evrope-v-historii/>
12. KROPÁČEK, L., 2003 *Duchovní cesty islámu*. 3. dopl. vyd. Praha: Vyšehrad. 312 stran, ISBN 80-7021-613-1
13. KŘÍKAVOVÁ, A., MENDEL M., et al., 1990, *Islám ideál a skutečnost*, Grafia: Zlín, 368 stran, ISBN 80-7038-012-8

14. KUČERA, © 2021 *Zdraví euro*: I2009 Ošetřování pacientů islámské komunity. *Zdraví euro: Ošetřování pacientů islámské komunity* [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zaklady-osetrovani-pacientu-islamske-komunity-415921>
15. KUTNOHORSKÁ, J. 2013,. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada,.160 stran ISBN 978-80-247-4413-1.
16. LAURENT, A.,. 2019 *Islám: pro ty, kdo o něm chtějí mluvit, ale zatím o něm mnoho nevědí*. V Praze: Karmelitánské nakladatelství,248 stran,. ISBN 9788075660770
17. LEININGER, M. M., McFARLAND, M. R. (002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, . 621 s. ISBN 0-07-135397-6.
18. LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R., 2006. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 34 stran, ISBN 0763734373
19. LHOŤAN, L., 2013. *Islám a islamismus v České republice*. 2., dopl. vyd. V Pstruží: Lukáš Lhoťan, 301 stran, ISBN 9788090493230.
20. LINHARTOVÁ L., JANKŮ T., TOPINKA D., © 2015. *Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty* [online]. Florence [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/multikulturni-osetrovatelstvi-pece-o-muslimske-pacienty/>
21. LINHARTOVÁ L., JANKŮ, T., et al, 2015 , *Multikulturní ošetrovatelství: péče o muslimské pacienty*. Florence odborný časopis pro nelékařské pracovníky: (11). ISSN 2570-4915.
22. MAHDI, M., © 2021 *Islam religion: Al- Islam*, [online]. Britannica [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/Islam>
<https://www.britannica.com/topic/Islam>
23. MAŇHALOVÁ, J., 2017. Možnosti využití modelu Gigerové a Dabidhizaové a Purnella v problematice finality života vybraných minorit. In: TÓTHOVÁ, V., OLIŠAROVÁ, V. eds, *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*, Praha: NLN, s.r.o., 196 stran, ISBN 978-80-7422-630-4
24. MASTILIÁKOVÁ, D.; KUTNOHORSKÁ, J. et al. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní a multikulturní odlišnosti*

- v rámci českého právního řádu.. Ostrava: Ostravská univerzita,2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
25. MIGRACE V ČR ©2021 *Fakta a čísla*. Praha: Webdesign & publikační systém Toolkit, [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/migrace-v-cr-fakta-a-cisla>
 26. MORONGOVÁ, A.,2015. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JCU.
 27. Muslimové: *Člověk v tísní* [online]., © 2002 [cit. 2021-12-06]. Dostupné z: <https://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/pgps/ikvz/podkapitoly/b05cizinci/b0504muslimove.pdf?fbclid=IwAR2oSILgT2bqRiZwfAtQjXyLh5J683bFPutEPynqLJhpYF80Jw8MGHowJA4>.
 28. ODBOR AZYLOVÉ A MIGRAČNÍ POLITIKY ©2021 [online]. *Čtvrtletní zpráva o migraci za 4. čtvrtletí 2021* [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/migrace/clanek/ctvrtletni-zprava-o-migraci-za-4-ctvrtleti-2021.aspx>
 29. Ošetrovatelský proces v multikulturním / transkulturním ošetrovatelství, © 2021. [online]. Inovace VOV: modely péče. [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/485/page02.html>
 30. PAVLÍKOVÁ, E., 2012. *Muslimští migranti a český sekulární stát*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 128 stran, ISBN 978-80-7465-018-5.
 31. PLEVOVÁ, I., 2019 *Ošetrovatelství II* Praha: Grada Publishing, 243 stran,ISBN 978-80-271-0889-3.
 32. PORSCHE, S., 2019, *Kulturní, historické a sociální souvislosti migrace*, České Budějovice: Typodesign, s.r.o., 92 stran, ISBN: 978-80-7394-751-4
 33. QARADÁWÍ, J. *Povolené a zakázané v Islámu*. Přel. R. Hýsek. Praha:Islámská nadace, 2004. 252 s. Přel.z: The Lawful and The Prohibited in Islam
 34. REEBER, M., 2008 *Islám. Malá moderní encyklopedie* Brno: KMa s.r.o,65 stran ISBN 978-80-7309-499-7.
 35. SAGAR, P. L. ,2012. *Transcultural Nursing Theory and Models. Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 169 s. ISBN 978-0-8261-0748-0

36. Sage journals: Journal of Transcultural Nursing © 2002, by Sage Publications, [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10459602013003004>
37. SARTORI, G., 2011, *Pluralismus, multikulturalismus a přistěhovalci: esej o multietnické společnosti*. Praha: Dokořán, 136 stran, ISBN 9788073633806.
38. ŠPIRUDOVÁ, L., 2006 *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 stran, ISBN 80-247-1213-x.
39. TAKALAM, © 2013. *Who is muslim* [online]. IslamWeb [cit. 2021-12-07]. Dostupné z <https://www.islamweb.net/en/article/134495/who-is-a-muslim>
40. TOPINKA, D., © 2007 *Integrační projekt muslimů v České republice – Pilotní projekt* [cit.2021-12-06]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Krist%C3%BDna%20Fra%C5%88kov%C3%A1/Downloads/Integracni_proces_muslimu_v_CR-Pilotni_projekt%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Krist%C3%BDna%20Fra%C5%88kov%C3%A1/Downloads/Integracni_proces_muslimu_v_CR-Pilotni_projekt%20(3).pdf)
41. TÓTHOVÁ, V. 2012,. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 278 stran ISBN 978-80-7387-645-6.
42. TOUMOVÁ, K., 2015. *České zdravotnictví pohledem klientů z arabských zemí*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.
43. TOUMOVÁ, K., 2017. Možnosti využití modelu Gigerové a Davidhizarové u romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. eds, *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*, Praha: NLN, s.r.o., 196 stran, ISBN 978-80-7422-630-4
44. Wiley Online Library: © 2002. *Kulturně kompetentní péče: důraz na porozumění lidem v Afghánistánu, Afghánistánu a Američanům a islámské kultuře a náboženství*. [online].[cit.2021-12-07].Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1466-7657.2002.00118.x>
45. ZASSIEDKO, R., 2019, *Sociokulturní a náboženská specifika menšin*, České Budějovice Typodesing,s.r.o., 80 stran, ISBN 978-80-7394-740-8
46. ŽÁKOVÁ M., © 2017.*Pět pilířů islámu. Encyklopedie migrace: Pět pilířů islámu* [cit.2021-12-06].Dostupné z: <https://www.encyclopediaofmigration.org/pet-piliru-islamu/>
47. ŽIAKOVÁ, K., Darja J., et al.,.2005 *Ošetrovatelství: konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta,.230 s. ISBN 80-7368-068-8.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek pro rozhovor s muslimskými pacienty

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Příloha 1 – Seznam otázek pro rozhovor s muslimskými pacienty

Identifikační údaje:

- Pohlaví - muž/ žena -
- Kolik je Vám let?
- Jaké je vaše vzdělání? -
- Kde pracujete? -
- Ze které země pocházíte? -
- Jaký je Váš rodný jazyk?
- Jakými dalšími jazyky mluvíte?
- Jak dlouho žijete v České republice? -
- Jaký je důvod Vašeho pobytu V České republice?
- V jaké formě jste se v České republice setkal s poskytovanou péčí?

1. Jaké jsou nejčastější problémy, se kterými se muslimští pacienti setkávají v českém zdravotnictví?

- S jakou formou jste se v českém zdravotnictví setkal?
- Jaký byl Váš důvod hospitalizace?
- Jak probíhala komunikace se zdravotnickým personálem? Byly Vám nabídnuty prostředky ke komunikaci? (karty, tlumočnick, ...)
- Měl jste v průběhu hospitalizace negativní pocity z přístupu zdravotníků k Vám?
- Máte nějaké pozitivní zkušenosti s oš. péčí? Jaké?
- Máte nějaké negativní zkušenosti s oš. péčí? Jaké?
- Požadujete po zdravotnickém personálu dodržování specifík Vaší víry?
- Jaké zvyky dodržujete v rámci Vašeho náboženství?

- Dodržujete tyto zvyky i během hospitalizace?
- Zajímal se zdravotnický personál o tato pravidla?

2. Jaký názor mají muslimští pacienti na české zdravotnictví?

- Jaký je Váš názor na práci českých sester?
- Jaký je Váš názor na práci českých lékařů? Jaký je Váš názor na české zdravotnictví?
- Jaké jsou rozdíly v poskytování zdravotnické péče v ČR oproti Vaší rodné zemi?
- Myslíte si, že mají sestry dostatečné znalosti v poskytování péče lidem vašeho náboženství?
- Co by podle Vás měly sestry vylepšit?
- Je něco, co by se podle Vás mělo při ošetřování muslimských pacientů změnit v českém zdravotnictví?

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Identifikační údaje

- Kolik Vám je let?
- Jaké je Vaše odborné vzdělání?
- V jakém zdravotnickém zařízení aktuálně pracujete? (oddělení v nemocnici, ambulance,...)
- Jak dlouhá je Vaše pracovní kariéra na pozici všeobecné/ praktické sestry?
- Absolvoval jste kurz či nějaké vzdělávání v oblasti transkultury?
- Poskytovala jste někdy péči cizincům?

1. Jaká specifika ošetrovatelské péče jsou o muslimského pacienta z pohledu sester?

- Kdo je pro Vás muslim?
- Jak byste charakterizovala muslimského pacienta?
- Jak často poskytujete péči muslimským pacientům?
- Jaké na Vás měl muslimský pacient specifické požadavky? (hygiena, strava,..)
- Dokázala byste vyjmenovat zásady péče o muslimského pacienta?
- Kde jste získala informace o specifikách ošetrovatelské péče o muslimského pacienta?
- Co se Vám vybaví pod pojmem islám/ islámské náboženství?

2. Jaké problémy vnímají sestry při péči o muslimského pacienta?

- S jakými problémy jste se setkala při ošetrování muslimského pacienta? Jakým způsobem jste tuto situaci řešila?
- Jaké jsou vaše pozitivní zkušenosti spojené s ošetrováním muslimského pacienta?
- Jaké jsou Vaše negativní zkušenosti spojené s ošetrováním muslimského pacienta?

- Jakým způsobem jste s pacientem komunikovala?
- Znáte pomůcky, které se dají využít u pacienta, který má jazykovou bariéru?
- Obohatila Vás tato zkušenost nějakým způsobem?
- Vnímáte nějaké rozdíly při poskytování péče muslimskému pacientovi oproti jiným? Jaké?
- Je pro Vás islámské náboženství překážkou při poskytování péče? Z jakého důvodu?
- Jak se chovali kolegové při poskytování péče muslimskému pacientovi?

9 Seznam zkratk

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

DIOP – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

NIP – Následná intenzivní péče

ZČU – Západočeská univerzita v Plzni

GDPR - Obecné nařízení o ochraně osobních údajů