



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Diplomová práce

**České zdravotnictví pohledem klientů
z arabských zemí**

Vypracovala: Bc. Kristýna Toumová
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce nese název: České zdravotnictví pohledem klientů z arabských zemí. Stále dochází k velké migraci obyvatelstva. Tato migrace se projevuje také v českém zdravotnictví. Zvyšuje se počet ošetřovaných pacientů – cizinců z různých blízkých i nám vzdálených zemí. V současné době se zvyšuje především počet cizinců z arabských zemí. Je to dáno také současnou politickou situací v těchto státech. Je proto pravděpodobné, že zdravotníci se s těmito pacienty budou setkávat stále častěji.

Teoretická část je rozdělena do několika částí. První část se zabývá arabskými státy. Popisuje, které země se řadí do této oblasti, a charakterizuje vybrané státy. Dále se zabývá obyvateli těchto zemí a jejich náboženstvím. V poslední části této kapitoly je uvedena historie arabského zdravotnictví. Další část se soustřeďuje na muslimy v českých zemích. Popisuje historii soužití s českým obyvatelstvem, dále se zaměřuje na současnou situaci v České republice a spolupráci České republiky s arabskými státy v oblasti zdravotnictví. Další kapitola se zabývá zdravotním stavem arabského obyvatelstva. Jaké jsou nejčastější nemoci arabských obyvatel a také nejčastější příčiny hospitalizace těchto pacientů v České republice. Poslední část popisuje nárok arabských pacientů na českou zdravotní péči. V další kapitole jsou popsána specifika ošetřování muslimských pacientů. Znalosti těchto specifík umožňují zdravotníkům poskytovat kvalitní a komplexní ošetrovatelskou péči. Mezi základní specifika při ošetřování muslimských pacientů patří: komunikace, stravování, hygiena, modlitby, ošetřování muslimské ženy, umírání a zvláštní kapitolou jsou také příbuzní pacienta.

Na tato specifika navazuje kapitola multikulturní ošetrovatelství a všeobecné sestry. Snaží se zmapovat historii vzdělávání sester v této problematice, dále se zabývá možnostmi současného vzdělávání v České republice a poslední část popisuje teoretická východiska multikulturní péče. Nezbytnou součástí ošetrovatelství je etika. Proto poslední kapitola teoretické části práce se zabývá etickými aspekty multikulturního ošetrovatelství. Tato kapitola popisuje práva pacientů, etické povinnosti sestry a etické zásady při poskytování multikulturní péče.

Práce má stanovené čtyři cíle. Hlavní cíl: Zjistit zkušenosti arabských pacientů s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví. Dílčími cíli pak jsou: Cíl 1: Zjistit

nejčastější problémy při ošetřování arabských pacientů z pohledu sestry. Cíl 2: Zjistit zkušenosti arabských pacientů při kontaktu se zdravotnickým personálem. Cíl 3: Zjistit rozdíly v poskytování zdravotní péče v České republice a arabských zemích. Na základě těchto cílů byly stanoveny výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti arabských pacientů s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví? VO 1: Jaké jsou nejčastější problémy při ošetřování arabských pacientů z pohledu sestry? VO 2: Jaké jsou zkušenosti arabských pacientů při kontaktu se zdravotnickým personálem? VO 3: Jaké jsou největší rozdíly v poskytování zdravotní péče v České republice a arabských zemích?

K dosažení cílů a zodpovězení výzkumných otázek bylo provedeno kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s arabskými pacienty a dále pak se všeobecnými sestrami. K získání respondentů bylo využito techniky sněhové koule. Kritériem pro výběr respondentů bylo, že pocházeli z arabských zemí a zároveň se setkali se zdravotní péčí v České republice. Celkově bylo získáno 17 respondentů. Kritériem pro výběr sester bylo, že během výkonu svého povolání poskytovaly ošetrovatelskou péči pacientům z arabských zemí. Rozhovor byl proveden s 10 všeobecnými sestrami.

Rozhovory byly doslovně přepsány do programu Microsoft Office Word 2007. V rozhovorech se poté hledaly společné znaky k dané problematice. Výsledky z výzkumného šetření respondentů pak byly rozděleny do čtyř oblastí a výsledky, které vyplynuly z rozhovorů se sestrami, byly rozděleny do dvou oblastí. Ke každé oblasti pak bylo zpracováno obrázkové schéma v programu XMind 6.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že respondenti celkově hodnotí českou zdravotní péči velice pozitivně. Považují české zdravotnictví za kvalitní a ošetřující personál hodnotí jako profesionály s kvalitními znalostmi. Z pohledu sester je velkým problémem jazyková bariéra a nedostatečná znalost specifik daných kultur. Pozitivním výsledkem bylo zjištění, že sestry jsou ochotné vyhovět některým speciálním požadavkům těchto pacientů. Nejčastěji se jedná o podávání stravy bez vepřového masa, ošetřování osobou stejného pohlaví, zajištění soukromí při modlení nebo doprovod příbuzných při vyšetřeních.

Respondenti také uváděli stejně jako sestry největší problém v jazykové bariéře. Dále také to, že někteří zdravotníci nevědí, jak se mají chovat k muslimským pacientům, a přistupují k nim s nejistotou a obavami. Bylo také zjištěno, že respondentům u sester často chybí lidský přístup k pacientům. Oceňují je jako profesionálky, které jsou pečlivé, ochotné a zodpovědné. Jejich přístup je však někdy zbytečně chladný, což pacienti velice dobře vnímají.

Zásadní rozdíly v českém a arabském zdravotnictví vidí respondenti především v absenci zdravotního pojištění v daných arabských státech. Kvalitní péče je tak poskytována pouze v soukromých zařízeních, která jsou však velmi drahá. Státní nemocnice naopak nedisponují kvalitní péčí a pooperační péče zde skoro neexistuje. Dále si respondenti chválí v českém zdravotnictví čisté nemocnice, kvalitní vybavení a dobře vzdělaný zdravotnický personál. Naopak negativně potom hodnotí přemíru administrativy a dlouhé čekací doby u lékařů.

Ze získaných výsledků lze soudit, že respondenti si váží péče, která je jim poskytována v českých nemocnicích. Oproti péči v jejich rodné zemi je v České republice nesrovnatelně lepší. Přístup zdravotníků je však lepší právě v arabských státech, kde se o pacienta více zajímají po všech stránkách.

U sester bylo zjištěno, že hlavní překážkou při poskytování ošetrovatelské péče daným pacientům je především nedostatečná znalost jazyků a specifík kultur.

Migrace lidí po celém světě je proces dlouhodobý, který se v posledních letech stále zvyšuje. Je proto potřeba, aby se sestry nadále vzdělávaly v oblasti znalosti cizích jazyků a problematice multikulturního ošetrovatelství.

Výsledky výzkumného šetření byly prezentovány na Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů v Pardubicích 23. 4. 2015. Dále pak budou publikovány formou článku v odborném periodiku pro informování veřejnosti o získaných poznatcích.

Klíčová slova: arabský pacient – multikulturní – ošetrovatelství – sestra – zdravotnictví

Abstract

The thesis is titled: Czech healthcare as seen by clients from Arab countries. There are still large migrations of populations taking place, which are also reflected in the Czech healthcare system. The number of patients cared for foreigners from various close and distant countries is increasing. Currently, there is an increasing number of foreigners, mostly from Arab countries. This is partially due to the current political situation in these countries. It is therefore likely that medical staff are going to meet these patients more and more frequently.

The theoretical part is divided into several sections. The first section deals with the Arab states. It names and describes the countries, which belong to this area. It also deals with the inhabitants of these countries and their religions. The last section of this chapter explains the history of Arab healthcare. Another section focuses on Muslims in the Czech Republic. It describes the history of their coexistence with the Czech population, while focusing on the current situation in the Czech Republic and the Czech Republic's cooperation with the Arab states in the area of healthcare. The next chapter looks into the Arab population's state of health; what are the most common diseases among the Arab population and the most common causes of hospitalization of these patients in the Czech Republic. The last section describes the Arab patient's entitlement to Czech healthcare. The next chapter describes the specifics of treating Muslim patients. The knowledge of these specifics allows medical professionals to provide quality and comprehensive healthcare to their patients. The basic specifics for treating Muslim patients include: communication, catering, hygiene, prayers, treating Muslim women, as well as passing away. A unique issue is posed by the relatives of the patient.

The afore mentioned specifics are followed by a chapter on multicultural nursing and general nurses. It tries to map the history of nursing education on this issue, it also addresses the possibilities for contemporary education in the Czech Republic, and the last section discusses the theoretical basis of multicultural care. Ethics forms an essential part of nursing. Therefore, the last theoretical chapter covers the ethical aspects of multicultural nursing. This chapter describes the rights of patients, ethical obligations of nurses, and ethical principles in the provision of multicultural care.

The thesis has four objectives. The main objective is to: Determine the experiences of Arab patients with the provided care within the Czech healthcare system. The partial objectives are then: Objective 1: To find the most common problems in treating Arab patients from the perspective of a nurse. Objective 2: To determine the experience of Arab patients, who have been in contact with medical personnel. Objective 3: To determine the differences between the healthcare delivered in the Czech Republic and in the Arab countries. Based on these objectives, survey questions were raised. The main research question is: What are the experiences of Arab patients with the provided care within the Czech healthcare system? SQ 1: What are the most common problems in treating Arab patients from the nurses' perspective? SQ 2: What are the experiences of Arab patients who have been in contact with medical personnel? SQ 3: What are the biggest differences between the healthcare delivered in the Czech Republic and in the Arab countries?

In order to achieve the objectives and to answer the research questions, a qualitative investigation was conducted using semi-structured interviews with Arab patients and also with general nurses. The snowball method was used to obtain the required respondents. The criterion for selecting the respondents was that they were from an Arab country and that at the same time they had experienced Czech healthcare. Overall, 17 respondents were obtained. The criterion for selecting the nurses was that they had, during their professional conduct, provided nursing care to patients from Arab countries. The interview was conducted with 10 general nurses.

The interviews were copied verbatim into Microsoft Office Word 2007. Then common features that were relevant to the issue were looked for. The results of the respondents' survey were divided into four areas, and the results that emerged from interviews with the nurses were divided into two areas. A pictogram was then created for each area using the XMind 6 program.

The results of the survey show that the respondents' overall assessment of Czech healthcare is very positive. They believe Czech healthcare to be of high quality and they evaluated the nursing staff to be professional with good knowledge. From the nurses' perspective the language barrier and the lack of familiarity with the specifics of the

cultures is the major concern. A positive finding is that nurses are willing to accommodate some of the special needs of these patients. Mostly these include serving meals without pork, being treated by a person of the same gender, ensuring privacy while praying, or being accompanied by relatives during examinations.

The respondents also reported, in line with the nurses, that the biggest problem is the language barrier. Furthermore, the fact that some healthcare professionals do not know how to treat Muslim patients and that they treat them with uncertainty and apprehension. It was also found that the respondents often lack a human approach from the nurses. They appreciate them as professionals who are meticulous, dedicated and responsible. Their approach is, however, sometimes too cold, which is acutely perceived by the patients.

The fundamental difference between the Czech and Arab healthcare systems is especially seen by the respondents in the absence of health insurance in the Arab countries. Quality care is thus provided only in private facilities, which are very expensive. State hospitals, on the contrary, do not offer high-quality care and the post-operative care is almost non-existent. Furthermore, the respondents praised the clean hospitals in the Czech healthcare system, quality equipment and well-educated medical staff. On the other hand they negatively assessed the excessive administration and the long waiting times to see a doctor.

From the results obtained it can be concluded that the respondents appreciate the care that is provided to them in Czech hospitals. Compared to the care in their homeland it is incomparably better. However, the approach of healthcare professionals is better in the Arab countries, where there is in general more interest in the patient.

Regarding the nurses, it was found that the main obstacle in providing nursing care to these patients lies primarily in the lack of knowledge of their language and culture specifics.

The worldwide migration of people is a long-term process, which has been increasing in recent years. It is therefore necessary that nurses continue their training in foreign languages and in multicultural nursing issues.

The results of the research have been presented at the National Student Scientific Conference of bachelor and master non-medical degree courses in Pardubice, 23. 4. 2015. Furthermore, they will be published in the form of an article in a professional journal in order to inform the public about the lessons learned.

Keywords: Arab patient – multicultural – nursing – nurse – healthcare

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma: „České zdravotnictví pohledem klientů z arabských zemí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

Kristýna Toumová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a ochotně se zapojili do výzkumného šetření. Největší poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mně trpělivě naslouchali a podporovali během celého studia.

OBSAH

Úvod.....	14
1. Současný stav.....	15
1.1 Arabské země.....	16
1.1.1 Historie	17
1.1.2 Arab – muslim, křesťan či žid	20
1.1.3 Islám.....	21
1.1.4 Arabské zdravotnictví – historie	23
1.2 Muslim v českých zemích.....	28
1.2.1 Historie soužití.....	28
1.2.2 Současnost	30
1.2.3 Spolupráce České republiky a arabských států v oblasti zdravotnictví....	31
1.3 Zdravotní stav arabského obyvatelstva.....	32
1.3.1 Nemocnost arabských pacientů	33
1.3.2 Nejčastější příčiny hospitalizace v ČR.....	34
1.3.3 Nárok na zdravotní péči v ČR.....	35
1.4 Specifika ošetřování muslimských pacientů	37
1.4.1 Komunikace	38
1.4.2 Stravování	41
1.4.3 Hygiena.....	42
1.4.4 Modlitby.....	43
1.4.5 Ošetřování muslimské ženy.....	44
1.4.6 Umírání.....	44
1.4.7 Příbuzní pacienta.....	46
1.5 Všeobecné sestry a multikulturní ošetřovatelství	47
1.5.1 Historie vzdělávání	47
1.5.2 Současné možnosti vzdělávání v ČR.....	48
1.5.3 Teoretická východiska multikulturní péče	50
1.6 Etické aspekty multikulturního ošetřovatelství	53
1.6.1 Práva pacientů.....	54
1.6.2 Etické povinnosti sestry	56

1.6.3	<i>Etické zásady při poskytování multikulturní péče</i>	57
2.	Cíle práce a výzkumné otázky	59
2.1	<i>Cíle práce</i>	59
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	59
3.	Metodika	60
3.1	<i>Použité metody a techniky</i>	60
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	61
4.	Výsledky výzkumu	62
4.1	<i>Rozhovory s arabskými P/K</i>	62
4.2	<i>Rozhovory se všeobecnými sestrami</i>	85
5.	Diskuze	95
6.	Závěr	104
7.	Seznam informačních zdrojů	106
8.	Seznam příloh	113

Seznam použitých zkratk

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICN	International Council of Nurses
P/K	Pacient/klient
SAE	Spojené arabské emiráty
SŠ	Střední škola
TBC	Tuberkulóza
VŠ	Vysoká škola

*„Nejmenší menšinou na světě je jednotlivec.
Ti, kdo popírají práva jednotlivců, se těžko
mohou pasovat na obhájce menšin.“*

Ayn Randová

ÚVOD

V současné době stále dochází k velké migraci obyvatelstva. Tato migrace se projevuje také v českém zdravotnictví. Zvyšuje se počet ošetřovaných pacientů cizinců z různých blízkých i nám vzdálených zemí. Ošetřování těchto pacientů je specifická disciplína, kterou se podrobně zabývá multikulturní ošetřovatelství.

Tématem multikulturního ošetřovatelství jsem se zabývala již ve své bakalářské práci. V ní jsem zjišťovala připravenost studentů středních zdravotnických škol na setkání s pacientem – cizincem. O multikulturním ošetřovatelství z pohledu zdravotnického personálu toho bylo napsáno a zjištěno hodně. Existuje velké množství publikací, jak s takovým pacientem jednat, co je a není vhodné. Já jsem se však na problém chtěla podívat také z druhé strany. Tedy očima těch, kterých se to týká. Pacientů – cizinců, kteří se setkali s českým zdravotnictvím.

Toto téma je mi velmi blízké. Sama mám tatínka cizince. Napadlo mě proto, jak on vnímá naše zdravotnictví a jak s ním jedná zdravotnický personál. Zda jsou v této oblasti stále předsudky a nedůvěřivost vůči cizincům, zvláště pak k pacientům pocházejícím z arabských zemí.

Chtěla bych proto v této práci zjistit největší problémy v dané oblasti a navrhnout určité kroky ke zlepšení situace.

K tomu, abychom mohli vhodně poskytovat multikulturní péči, nestačí pouze teoretické poznatky z učebnic. K tomu je zapotřebí pochopit náboženství, zvyky a specifické chování pacientů odlišných kultur. Pokud bude mít zdravotnický personál snahu a trpělivost jednat s takovým pacientem, určitě docílí lepší spolupráce a výsledků v ošetřovatelské péči.

Výsledkem pak bude spolupracující a spokojený pacient, který se bude cítit dobře v zemi, ve které nyní žije a která mu je na kratší či delší dobu druhým domovem.

1. Současný stav

Česká republika se v roce 2009 stala imigrační zemí roku. Od roku 1989 se u nás počet imigrantů zvýšil třináctkrát. Podle Mezinárodní organizace pro migraci to znamená světové prvenství v rychlosti přílivu imigrantů (Tošnarová, 2013). V roce 2013 bylo u nás evidováno celkově 439 189 cizinců. Oproti roku 2012 došlo k nárůstu o 3 243 osob (ČSÚ, 2014).

V České republice bylo za rok 2013 ošetřeno 94 357 cizinců. V současnosti u nás stoupá počet cizinců z arabských zemí především mezi žadateli o azyl (Srb, 2014). Je to dáno nejen neustálou migrací obyvatelstva po celém světě, ale také současnou situací na Blízkém východě. Konkrétně v Tunisku, Egyptě, Jemenu, Bahrajnu, Libyi a Sýrii (Janoušek, 2012). *„Blízky východ zůstane oblastí velké transformace, nepokojů, překotného vývoje a hledání nových politických forem, které by byly adekvátní místním potřebám“* (Fingerland, 2012, s. 85). V těchto zemích situace není stabilní a v mnoha státech stále přetrvávají válečné konflikty. Celkově již zahynulo v těchto oblastech více než 30 tisíc lidí (Janoušek, 2012).

Vzhledem k této skutečnosti lze očekávat velký nárůst arabských pacientů, a to nejen z řad imigrantů. Díky spolupráci některých nemocnic s různými organizacemi podílejícími se na poskytování zdravotní péče obětem postiženým válkou se dá očekávat i častější setkání českých zdravotníků s těmito pacienty. *„Multikultura v nemocnici je dnešní realita“* (Ivanová, 2005, s. 56).

Ošetřování takových pacientů má velké rozdíly a specifika oproti ošetřování českých pacientů. Rozdíly vyplývají z kultury a náboženství daných pacientů. Je proto potřeba alespoň základní orientace zdravotnického personálu v této problematice.

„V ošetrovatelské praxi je nenahraditelný zájem o člověka, vzájemný respekt, otevřenost a etické jednání. Jestliže se sestra zaměří i na kulturní specifické potřeby a klient jí projeví důvěru, zabezpečí kvalitní péči a obohatí si obzor svého poznání“ (Líšková, 2006, s. 22).

1.1 Arabské země

Arabský svět je část Afriky a Asie, kde žije převážně arabské obyvatelstvo. Jejich společným znakem je islám. Ve všech zemích arabského světa žije přibližně 300 mil. lidí. Společným jazykem je arabština, která má však různé dialekty (Hourani, 2010). Arabština je v současné době rozšířeným jazykem od Iráku až po Mauretánii, od Sýrie po Somálsko. V běžné mluvě ji používá 300 milionů lidí. Arabština je uznána jako jeden ze šesti světových jazyků (Bahbouh, 2005).

Arabské země se řadí do několika regionů. Prvním z nich je Maghrib. Je to oblast v Africe západně od Nilu. Do této části řadíme státy: Alžírsko, Libyi, Maroko, Mauritanii, Tunisko a Západní Saharu. Dalším regionem je Levanta – jedná se o celou oblast východního Středomoří. Sem řadíme tyto státy: Egypt, Jordánsko, Libanon, Palestinskou autonomii, Sýrii a Irák. Největším poloostrovem na světě je Arabský poloostrov, který je zároveň dalším regionem. Řadí se sem: Bahrajn, Jemen, Katar, Kuvajt, Omán, Saudská Arábie a Spojené arabské emiráty. Poslední částí je oblast zvaná Sahel. Jedná se o název krajinného typu v Africe na jižním okraji Sahary. Do této části řadíme Súdán (Bahbouh, 2005).

Ve všech těchto státech převažuje více či méně islám. Avšak například v Libanonu se hlásí 55 % obyvatel k islámu a 45 % obyvatel ke křesťanství. Stejně tak v některých dalších státech nemá islám stoprocentní zastoupení, ale je následován velkým množstvím věřících vyznávajících křesťanství či některá jiná náboženství (Hourani, 2010).

Jednotlivé státy mají také určité rozdílnosti specifické pro danou oblast.

Egypt – představuje centrum islámské učenosti. Životní styl ve velkých městech se podobá vzorům městské kultury po celém světě. V oblékání se dodržuje určitá umírněnost, ale ženy chodí zcela zahalené pouze na venkově, kde stále přetrvává tradiční styl života (Sardar, 2009).

Libanon – populace je tvořena muslimskou většinou a velkou křesťanskou menšinou. Libanon je republikou a křesla v parlamentu se dělí rovným dílem mezi křesťany a muslimy (Sardar, 2009).

Sýrie – zvaná „brána východu“. V čele stojí prezident, který musí být muslimem (Sardar, 2009). Hlavním městem je Damašek, patří k nejstarším městům na světě. Leží na staré obchodní karavanní cestě (Kopecký, 2014).

Saudská Arábie – rodiště islámu. Současná vláda značně spoléhá na náboženství při upevňování své legitimacy. V čele země stojí král, který je povinen podporovat islám. Veřejné projevy jiných náboženství jsou zakázány. Většina obyvatel se obléká tradičním způsobem. Ženy musí být na veřejnosti zcela zahalené. Tělo musí mít zakryté pláštěm zvaného „abája“, hlavu krytou závojem „hidžáb“, obličej pak krytý závojem „niqáb“ (Sardar, 2009).

Spojené arabské emiráty – občané SAE tvoří pouze jednu pětinu obyvatelstva, zbývající čtyři pětiny tvoří především dělníci ze zahraničí a jejich rodiny. Kulturní tradice státu mají kořeny v islámu, ale v současnosti dochází ke změnám v přístupu k manželství a zaměstnání žen (Sardar, 2009).

„Tradiční společnosti se mění pomalu, svým vlastním tempem, v rámci vlastních parametrů a skutečně zvoleným směrem. Změna v islámském světě tedy postupuje pozvolna a bolestivě. Ale i drobné změny mají potenciál vyvolat ty rozsáhlejší. Důležité je uvědomit si, že islámský svět není statický, nýbrž dynamický. Mění se a měnit se nepřestane. Budoucnost se tedy bude radikálně lišit od minulosti“ (Sardar, 2009, s. 25).

Změny již začaly v roce 2010 v Tunisu a postupovaly do dalších arabských států.

1.1.1 Historie

Na počátku 7. století se u hranic velké byzantské a sásánovské říše zrodilo nové náboženské hnutí. V západoarabské Mekce začal Muhammad vyzývat ostatní k morální reformě a k tomu, aby se podřídili Boží vůli, tak jak je to později sepsáno v Koránu. Ve jménu nového náboženství zvaného islám dobyli Arabové okolní státy a založili říši (chalífát), která se rozkládala od území střední Asie až po Španělsko. Centrum arabského života se přesunulo do syrského Damašku, později pak do Bagdádu v Iráku (Hourani, 2010).

Začátkem 10. století se chalífát začal rozpadat. V Egyptě i Španělsku vznikaly jiné chalífáty, avšak kulturní a sociální jednota zůstala zachována. Z velké části obyvatelstva se stali muslimové, ale ani příslušníci židovského, křesťanského či jiného náboženského hnutí nezanikli. Rozšířila se řeč zvaná arabština jako jazyk nové kultury. Tato kultura přijala prvky tradic ze zemí začleněných do muslimské říše a prosadila se v mnoha oblastech. Ať už se jednalo o literaturu, práva, teologii či duchovní život. V odlišné muslimské společnosti se vyvinuly různé instituce a formy organizace státní správy. Země kolem Středozemního moře a Indického oceánu vytvořily jednotnou oblast obchodu. To umožnilo vznik velkých měst a celkový rozkvět městské civilizace (Hourani, 2010).

V průběhu 11. – 15. století zachovával svět islámu v některých oblastech jednotu, ale v jiných se rozdělil. Změnily se jeho hranice, na východě se rozšířil do Anatólie a Indie, naopak na západě ve Španělsku musel ustoupit křesťanským královstvím. V některých oblastech zůstala arabština nadále hlavním vyjadřovacím prostředkem, jinde se však stala hlavním jazykem kultury obrozená perština. Významnou úlohu převzali Turci, kteří vytvořili vládnoucí elitu v celé východní polovině muslimské říše. I přes všechna politická rozdělení a změny si arabsky mluvící země zachovaly společenskou a kulturní stabilitu (Hourani, 2010).

V období 15. – 16. století se většina muslimských zemí začlenila do tří velkých říší: osmanské, safijovské a mughalské. Všechny arabsky mluvící země, kromě Maroka a Súdánu, se staly součástí osmanské říše. Hlavním městem byl Istanbul a hlavním jazykem se stala turečtina. Osmanská říše představovala poslední velký projev jednotného působení islámu. Tato říše projevovala velkou toleranci křesťanským i židovským náboženstvím a takovým obcím přiznávali oficiální statut. Ve druhé polovině 18. století začali osmanskou říši silně vojensky ohrožovat Evropané. Evropské státy také začaly posilovat své obchodní pozice v Indickém oceánu a Středozemí (Hourani, 2010).

V 19. století ovládla celý svět Evropa. Pokrokem ve způsobu komunikace (zavedení telegrafu, využití parního stroje v dopravě) si arabsky hovořící země uvědomily, že se již nemohou izolovat, ale musejí se bránit. První arabská země, která

podlehla, bylo Alžírsko, které si podmanila Francie. Osmané proto od Evropy přejali způsob organizace armády a vládnoucího systému, totéž učinili i v Egyptě a Tunisku. Netrvalo však dlouho a Egypt s Tuniskem (později i Maroko s Libyí) se dostaly pod evropskou kontrolu. Po první světové válce se osmanská říše rozpadla úplně. Na jejích troskách vzniklo nezávislé Turecko, ale arabské provincie se staly koloniemi Británie a Francie. Celý arabský svět se tak ocitl pod nadvládou evropských mocností (Hourani, 2010).

Druhá světová válka změnila celý svět. Britská a francouzská nadvláda nad arabským světem během dvaceti let skončila. Jedinou arabskou zemí, pro kterou odchod cizích vojsk znamenal porážku, byla Palestina. Na jejím území vznikl Izraelský stát. V padesátých a šedesátých letech minulého století usilovaly arabské země o užší vzájemnou spolupráci a nezávislost. Díky větší informovanosti, kterou přinášely sdělovací prostředky, se prohloubil pocit kulturní blízkosti a sounáležitosti (Hourani, 2010).

Od roku 1990 se odehrálo v arabském světě mnoho událostí, které tyto oblasti poznamenaly. Jednalo se o takzvanou Pouštní bouři, při které zahynulo na 100 000 lidí, dále byl podepsán vznik Palestinské samosprávy v pásmu Gazy. Avšak nejdramatičtější a nejvíce mediálně sledovány byly útoky na New York a Washington D. C. 11. září 2001, při nichž zahynulo 3 000 lidí. Všech devatenáct sebevražedných atentátníků pocházelo z arabských zemí. Spojené státy vyhlásily válku terorismu a začaly pronikat do některých arabských států s cílem najít teroristické skupiny (Hourani, 2010).

Od roku 2010 začaly v mnoha arabských zemích nepokoje, které vyvrcholily změnou režimu. V některých státech stále situace není stabilní a probíhají boje, při kterých zemřelo mnoho civilistů, a další byli nuceni pod tíhou situace opustit své domovy (Janoušek, 2012).

Události v posledních letech postavily do popředí zájem o Araby a jejich osudy. Stále je však cítit určité nepřátelství a averze vůči Arabům. Ti jsou často považováni za barbary a teroristy. Je potřeba si uvědomit, že teroristy nejsou všichni Arabové, kterých žije na světě něco přes 350 miliónů, ale jedná se o skupiny lidí, které zneužívají islám ve svůj prospěch (Kopecký, 2014).

„Terorismus jako takový je odsuzován lidmi všech kultur a náboženství, včetně muslimů. Většina muslimů touží po životě v míru“ (Kopecký, 2014, s. 234).

1.1.2 Arab – muslim, křesťan či žid

Je důležité si uvědomit, že ne každý Arab musí být vyznavačem islámu a zároveň muslim nemusí být nutně Arabem. Představa většiny lidí je však přesně taková, že Arab rovná se muslim (Khidayer, 2011). *„Muslim je každý vyznavač náboženství zvaného islám. Muslimem tedy může být kdokoliv“* (Khidayer, 2011, s. 33). Vedle Arabů jsou nejčastěji vyznavači islámu mezi obyvateli v saharské Africe, většina Íránců, Pákistánců, Afgánců či Indů. V Evropě najdeme muslimy především mezi Albánci a některými kavkazskými národy, ale není vyloučeno, že muslimem nemůže být některý Čech či Brit. V Evropě je odhadován počet muslimů zhruba na 40 mil. Arabové tak tvoří pouze 20 % celkového počtu muslimů ve světě (Khidayer, 2011).

Arab však také může být křesťan nebo vyznavač jiného náboženství. Arabští křesťané jsou především v Libanonu, Sýrii, Palestině či Iráku. Křesťané jsou většinou muslimy tolerováni (Khidayer, 2011). I v arabském světě nalezneme Araby hlásící se k judaismu. V současnosti existují arabské země, kde žijí židovské komunity. Je to však nepatrný zlomek počtu židů, kteří žili v arabských státech v dřívějších dobách, kdy se podíleli na chodu života, kultury a obchodu v jejich zemi. Většina z nich z muslimských zemí však dříve či později odešla kvůli pronásledování a nenávisti ze strany muslimů. Po roce 1947 bylo vyhnáno přes 850 000 židů, kteří žili v muslimských zemích. V současnosti jsou nejvíce v Iráku, Maroku, Tunisku či Egyptě. Oproti nim je v Saudské Arábii stanoven zákonem zákaz existence židů. Celkový počet židů na celém světě se dnes odhaduje pouze na 13 miliónů, oproti muslimům, kterých je zhruba 1,3 miliardy věřících. Přestože pojí muslimy a židy dlouhá historie, která nebyla naplněna pouze nepřátelstvím a záští, ale i vzájemným respektem a tolerancí, v současnosti si k sobě hledají cestu velmi těžko (Gilbert, 2011).

1.1.3 Islám

Islám patří v dnešní době mezi jedno z nejrozšířenějších náboženství po celém světě. „Muslimové převažují ve třiceti až čtyřiceti zemích, od Atlantského k Tichému oceánu. Islámská víra se dále šíří, podle některých odhadů rychleji než kterékoliv jiné hlavní náboženství“ (Sardar, 2010, s. 27). Je uváděno, že v roce 2007 praktikovalo islám 1,378 miliardy osob ve 210 zemích celého světa. Většina v nich v Asii (962 mil.) a Africe (378 mil.) (Sardar, 2011).

Islám založil v Arábii v 7. století n. l. prorok Muhammad. Slovo islám znamená v překladu odevzdanost, která má souvislost se základní náboženskou myšlenkou islámu, že věřící přijímá odevzdanost vůli Alláha (arabský název Boha). Alláh je považován za jediného Boha. Svaté písmo islámu a pro všechny muslimy pravé slovo Boží se nazývá Korán. (Sardar, 2010).

Základní povinnosti muslima jsou obsaženy v takzvaných pěti sloupech víry, někdy překládaných jako pět pilířů víry. Pět sloupů víry zahrnuje: vyznání víry, modlitbu, almužnu, půst a pouť do Mekky (Crofter, 2006). „Vyznání víry, jako první povinnost muslima, se nazývá „šáhada“. Jde o zásadní věroučné přihlášení k Bohu v muslimském chápání a šáhada má dvě větné části, které jsou vlastně plným zněním známé věty: *Není boha kromě Boha a Muhammad je jeho Prorok*“ (Crofter, 2006, s. 152). Vyslovením této formulace se člověk stává muslimem a věřící tuto formulaci opakují několikrát denně během modliteb (Hourani, 2010). Druhý ze sloupů je modlitba. Muslim se modlí pětkrát denně. Ranní modlitba probíhá v době mezi rozedněním a východem slunce, polední, kdy je slunce nejvýš na obloze, odpolední po poledni, večerní od západu slunce do setmění a noční kdykoliv po setmění. Vždy před modlitbou musí muslim dodržovat rituální očistu. Taková očista je velmi detailně propracována dle stupně znečištění. Za těžké znečištění se považuje stav po menstruaci, porodu či pohlavním styku. Lehké znečištění nastává po použití toalety, spánku či dotekem nečisté věci. Těžké znečištění se odstraňuje úplným omýváním, lehké částečným omýváním (Crofter, 2006). „V islámském prostředí se věřící svolávají k modlitbě z minaretu, tj. věž stojící u mešity“ (Crofter, 2006, s. 155). Do mešity přichází muslim bez bot a očištěn (Crofter, 2006). „Po rituální očištění věřící přednese několik modliteb, v nichž potvrdí velikost Boha

a nicotnost člověka před jeho tváří, přičemž je doprovází určitými pohyby – skloní se, napřímí, padne na tvář, posadí se do kleku na patách a znovu padne na tvář. Poté se může k Bohu obrátit s osobní prosbou“ (Hourani, 2010, s. 153).

Třetí sloupec tvoří dobročinnost, tedy almužna. Muslim by měl rozdávat přebytky ostatním věřícím. Tato pomoc je určena chudým lidem, podporuje dlužníky, poutníky a dříve také otroky, aby se mohli sami vykoupit. Odevzdávají ji všichni muslimové, jejichž příjem překračuje určitou hranici (Hourani, 2010).

Dalším bodem je půst. Půst o ramadánu spadá do období devátého měsíce islámského kalendáře a má jasně daná pravidla (Crofter, 2006). Půst začíná za úsvitu a končí se západem slunce. Během dne nesmí muslim jíst, pít, kouřit a zdržet se pohlavního styku. Toto pravidlo platí pro věřící starší deseti let. Výjimku mají staří a nemocní lidé, kteří jsou této povinnosti zbaveni a jíst mohou (Sardar, 2009). *„Půst symbolizuje sebezapření z lásky k Bohu a pokání za spáchané hříchy“* (Hourani, 2010, s. 154). Půst, který dodržují všichni věřící, posiluje v člověku pocit jednoty s ostatními muslimy bez ohledu na to, v jakém městě žijí. Po západu slunce se muslimové navzájem navštěvují a hodují. Ramadán je ukončen svátkem, který patří u muslimů k jednomu z nejvýznamnějších. Během něho se příbuzní vzájemně navštěvují a dávají si dárky (Hourani, 2010).

Posledním z pěti sloupů je pouť do Mekky. Muslim by ji měl vykonat alespoň jednou za život, jestliže mu to dovoluje jeho zdravotní stav a finanční možnosti (Crofter, 2006). Mekku může věřící navštívit v jakýkoliv čas. Pravým poutníkem se však stává pouze tehdy, když do svatého města vstoupí společně s ostatními muslimy v určený měsíc. Povinnosti navštívit svaté místo jsou zproštěni lidé duševně nemocní, lidé bez finančních prostředků a podle některých také ženy bez manžela či ochránce, který by je na cestě doprovázel. Pout' je hlavním bodem celého života muslima a symbolizuje velmi výrazně jednotu obce (Hourani, 2010).

Zvláštní postavení mezi muslimskými povinnostmi má „džihád“. Ten má mnoho překladů. Nejčastěji se v literatuře uvádí pojem „svatá válka“ či „zápas o víru“. Tento bod je možné vysvětlit jako skutečnou povinnost bit se za islám a šířit ho dál (Hourani, 2010). Džihád má v podstatě dvě roviny. Vnitřní, tzv. velký džihád zahrnuje muslimovo

úsilí věřit a chovat se tak, jak si přeje Bůh. (Crofter, 2006). „*Obecně známějším a samozřejmě i společensky závažnějším je nicméně džihád obrácený navenek, jako boj o víru, resp. o šíření víry. I tento boj o víru navenek může ovšem probíhat misijní mírovou činností. Často však může mít či velmi často mívá charakter boje ozbrojeného. Muslim je povinen v případě potřeby se tohoto boje účastnit*“ (Crofter, 2006, s. 167).

Kromě uvedených sloupů islámu a článků víry se muslim musí řídit i dalšími povinnostmi, které jsou shrnuty do desatera:

1. Sloužit jedinému Bohu a neuznávat božstva jiná.
2. Nakládat dobře se svými rodiči v jejich stáří.
3. Poskytovat příbuzným, pocestným a chudým či nemocným, co jim náleží.
4. Nezabíjet děti ve strachu, že způsobí chudobu.
5. Nesesmilnit.
6. Nezabíjet, nanejvýš podle práva, a jestliže je zabití neúmyslné, poskytnout výkupné.
7. Nezmocňovat se majetku sirotků.
8. Dodržovat vždy správné míry a váhy při obchodování i jinak.
9. Nebýt vůči druhým bezdůvodně podezřívavý.
10. Nebýt domýšlivý ve svém chování a jednání (Crofter, 2006, s. 172).

Je potřeba si uvědomit, že islám je velmi obsáhlé a složité náboženství, které není lehké pochopit, a je k tomu potřeba delší studium více informačních pramenů.

„*Islám je náboženství, které navzdory vývoji historických událostí a techniky stále ovlivňuje myšlení a chování svých vyznavačů*“ (Khidayer, 2011, s. 41). Toto je zapotřebí mít na mysli nejen při ošetřování těchto pacientů.

1.1.4 Arabské zdravotnictví – historie

V období starověku (3000 př. n. l. až 500 n. l.) bylo zdraví spojováno s náboženstvím. Pokud člověk onemocněl, považovalo se to za trest bohů. Postupně však přicházel pokrok, na kterém měly velkou zásluhu právě dnešní oblasti Blízkého východu (Plevová, 2008).

V Egyptě si začali léčitelé všimnout souvislosti mezi léčebnou metodou a průběhem nemoci. Svá poznání pak zaznamenávali na papyrus. Do dnešní doby se dochovaly jejich zlomky, například Ebersův papyrus z roku 1550 př. n. l. nebo Smithův papyrus. Ve Smithově papyru je popsána anatomie, chirurgie i léčba poranění. Existuje domněnka, že právě Smithův papyrus je pouhou kopií Imhotepova papyru. Imhotep byl ve Starém Egyptě považován za zakladatele medicíny, jeho papyrus se však nedochoval do dnešní doby (Kadyrov, 1988). Ebersův papyrus pojednává nejvíce o dětských, kožních, ušních, nosních a očních chorobách. Objevují se zde také první zmínky o postižení duše zlým duchem, což se pokládá za první informace o psychiatrických nemocích (Švejnová, 2011).

Egypt je známý svojí historií v balzamování lidských těl. Avšak navzdory tomu nebyly jejich anatomické znalosti na vysoké úrovni. Egypťané neznali krevní oběh, srdce považovali za sídlo veškerého života, nerozlišovali cévy, nervy, šlachy. Vše považovali za trubice, kterými proudí vzduch, voda a krev. Anatomické znalosti se zvýšily při provádění pitev, které odsouhlasili Ptolemaiovcí (Duinová, 1997).

Na Středním východě (dnešní Irán, Irák, Sýrie, Libanon, Izrael) byly všechny medicínské poznatky zaznamenávány na hliněné tabulky pomocí klínového písma. Také zde jsou zapsány choroby, způsob léčby a prognóza. Lékařskému povolání se věnovali čarodějové a lékaři. Lékaři se soustřeďovali na podávání léků a chirurgické zákroky. Vymývali rány a přikládali léčivé placky (Plevová, 2008).

Babyloňané byli zřejmě prvními, kteří regulovali lékařské povolání zákonem. Existovalo sedmnáct zákonů zabývajících se lékařskou praxí. Chammurapiho zákoník stanovoval mimo jiné, kolik má lékař dostat zapláceno za dané ošetření. Pokud však zákrok lékaře způsobil pacientovi smrt, nesl za to odpovědnost lékař – usekli mu ruku (Duinová, 1997).

V období středověku (500 až 1492) se arabská medicína šířila spolu s islámem a vycházela z byzantské medicíny. Na počátku vycházelo lékařství hlavně z křesťanství a judaismu. Ale v 11. stol. se postupně rozvíjí medicína na základě islámu a ve 12. stol. na základě Muhammadových výroků. 11. století je v historii arabské medicíny velmi důležité i pro celý svět. Bylo to období velkého rozkvětu a pokroku v medicíně

především díky mnoha arabským lékařům, kteří své zkušenosti předávali dál pomocí svých žáků (Graziani, 1980). Z řečtiny do arabštiny byly přeloženy lékařské knihy, jako například 129 Galénových spisů (Plevová, 2008).

Kolem roku 800 vznikla první islámská nemocnice v Bagdádu. Měla čtyři oddělení – infekční, oční, chirurgické a všeobecné. Součástí nemocnice byla také univerzita, která byla centrem vzdělávání v oblasti vědy a lékařství. Studenti museli skládat náročné praktické i teoretické zkoušky. Poté získali licenci pro praktikování lékařství. Univerzita byla významným místem pro setkávání učenců a lékařů z celého světa. Nad vchodem univerzity byl nápis: *„Znalosti jsou mocnější než meč a síla“*. Jedním z předních lékařů byl i Avicenna, vlastním jménem Abú Alí al-Husajn ibn Abdulláh ibn Síná (Švejdová, 2011).

Nejvýznamnější postavou arabské medicíny byl filozof, přírodovědec, básník a politik Avicenna, osobní lékař bagdádských vládců. Jeho dílo Kánon medicíny, který vycházel z učení Galénova a Hippokratova, se stal základní učebnicí lékařství pro evropské studenty medicíny až do 18. století (Plevová, 2008).

Avicenna byl nejen lékař, ale také humanista. Učil, že zákony v dané zemi mají být přizpůsobeny mravům a zvykům národů, jež na daném území žijí. Především se však zasloužil o velký rozvoj arabské medicíny, a to nejen v oblasti prevence, diagnostiky a léčby mnoha onemocnění. Vychoval také mnoho dalších lékařů, kteří následovali jeho učení a objevovali další lékařské metody a postupy. Ve své době byl populární nejen pro své vědomosti, ale i pro své sociální cítění. Neviděl před sebou nemoc nebo orgán, ale vždy viděl člověka (Kadyrov, 1988).

„Význačný učenec Ibn Síná svou tvůrčí prací sloužil celému lidstvu. Proto lidé celého světa se k němu hlásí s hlubokou úctou a spojují jeho jméno s rozličnými legendami a zkazkami. Ale především jméno Ibn Síny žije a bude žít ve světě vědy. Jeho díla vždy zůstanou pokladnicí světové vědy“ (Kadyrov, 1988, s. 73).

Ošetřovatelství má svoji historii i v arabských zemích. Konkrétně především v Saudské Arábii.

První zmínky jdou ruku v ruce společně s životem proroka Muhammada. Zmiňují se zde o ženských společnicích proroka Muhammada, které zajišťovaly fyzické pohodlí

a emocionální podporu. V této době se objevila sestra, která je na Středním východě považována za první muslimskou sestru a zakladatelku ošetrovatelství. Jmenovala se Rufaida Al-Asalmiya a údajně byla dcerou lékaře. Od něho se naučila všechny ošetrovatelské dovednosti. Rufaida poskytovala péči raněným vojákům během džihádu (svaté války) a poskytovala důstojný úkryt pro umírající. Věnovala svůj život rozvoji ošetrovatelství. Podle dostupných údajů založila i první ošetrovatelskou školu v islámském světě. Dodnes se však neví, na jakém místě měla být postavena. Obhajovala prevenci a důležitost vychovávat lidi k péči o své zdraví. Rufaida také vycvičila skupinu žen v poskytování ošetrovatelské péče (Miller-Rosser, 2006).

Po smrti proroka Muhammada zmínky o poskytování ošetrovatelské péče ženami utichly. Dostupné prameny mluví především o péči poskytované lékaři té doby. Známý lékař Al-Razi byl popsán jako lékař a učitel, který zároveň poskytoval ošetrovatelskou péči. Další informace se objevují v době svatých válek, kdy některé ženy ošetrovaly zraněné rytíře. Poskytovaly tu nejzákladnější péči, jako bylo servírování jídla a podávání léčebných tekutin (Miller-Rosser, 2006).

V pozdním středověku Arabové postavili nemocnice, ve kterých byly zavedeny nové postupy v péči o nemocné. V této nemocnici bylo zvlášť oddělení pro muže a zvlášť pro ženy (Miller-Rosser, 2006).

Později kolem roku 1890, podle jednoho amerického misionáře, byli lékaři a sestry z Bahrajnu pozváni k cestě do Rijádu, aby pečovali o saudského krále a jeho rodinu (Miller-Rosser, 2006).

Další důležitou postavou arabského ošetrovatelství byla Lutfiyyah al Khateeb. Tato muslimská žena získala diplom z ošetrovatelství v Káhiře a roku 1941 se vrátila do Saudské Arábie. Zde věnovala svůj život ke zlepšování vzdělávání žen a přesvědčovala společnost o přijatelnosti ošetrovatelství jako vhodného povolání pro ženy. Lobovala pro zřízení zdravotnických ústavů. To se jí podařilo v roce 1961, kdy ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací otevřely hned dva zdravotní ústavy pro ženy. Jeden v hlavním městě Rijádu a druhý v přístavním městě Jeddah. Tento krok se však nesetkal s nadšením studentů ani jejich rodičů při představě studia a práce daleko od domova. Proto byl program studia změněn

tak, že ženy budou poskytovat péči pouze ženám, zrušily jim noční směny a nesměly spolupracovat s mužskými lékaři. Do programu byly přijímány studentky po ukončení šesti let studia základní školní docházky. V roce 1970 bylo studium prodlouženo na tři roky po devíti letech základního vzdělání. V roce 1976 byla otevřena vysoká škola pro ošetřovatelky. Studentky zde získávají diplom ošetřovatelky – Bachelor of Science. Pokud si chtějí studium rozšířit i na magisterské či doktorské studium, musí jít studovat do zahraničí (Miller-Rosser, 2006).

Otevření těchto škol byl obrovský úspěch, protože až do roku 1960 přetrvávaly názory, že vzdělávání žen je naprosto zbytečné. Ještě v roce 1970 se gramotnost u žen pohybovala pouze okolo 2 %. Naštěstí se však postupně začalo vzdělání žen zvyšovat právě otevíráním nových škol. Do roku 1990 se míra gramotnosti žen pohybovala okolo 48 % a v roce 2005 to bylo již celých 78 % (Miller-Rosser, 2006).

Navzdory své dlouhé historii v arabských zemích a respektování během období proroka Muhammada, v současnosti není ošetřovatelství považováno za slušné povolání pro ženy v Saudské Arábii. V roce 1991 skončilo ošetřovatelství na posledním místě v žebříčku povolání, které jsou vhodné pro ženy. Podle výzkumů za to může především fakt, že ošetřovatelství nutí ženy pracovat na směny dlouho do noci, stýkají se často s osobami druhého pohlaví a jsou daleko od domova. V muslimských zemích, kde je rodina nade vše a ženy by podle některých měly pouze sedět doma, vychovávat děti a čekat na muže, je proto tento způsob života pro konzervativní muslimy nepříjemný (Miller-Rosser, 2006)

Přes všechny překážky, které ženy věnující se ošetřování nemocných v arabských zemích musely snést, dokázaly, že se ošetřovatelství rozvíjelo až do současné podoby. Jako máme my v Evropě a Americe za vzor Florence Nightingale, v arabském světě to byla právě Rifaída, jejíž příběhy a hrdinské činy se tradují z generace na generaci arabských sester. Mnohé z nich si svoje povolání vybraly a nevzdaly se ho právě díky ní (Miller-Rosser, 2006).

1.2 Muslim v českých zemích

Od května roku 2004 je Česká republika členem Evropské unie. Od prosince 2007 je součástí „schengenského prostoru“. Padla tak všechna dosavadní omezení pohybu přes naše hranice, a to i pro obyvatele zemí, kteří nejsou členy Evropské unie. S tím je spojen větší pohyb cizinců po celé České republice. Zvyšuje se také počet migrantů, pro které přestala být ČR pouze tranzitní zemí, ale změnila se na trvalou destinaci. Znamená to, že ani Česká republika se nevyhne určitému průniku islámu do své společnosti, přestože tomu tak po dlouhé roky bylo (Mendel, 2007).

Nikdy se o islámu nepsalo a nemluvilo jako dnes. Zájem nemuslimské veřejnosti o muslimskou komunitu je velký. *„Při formování mínění většinové české populace o islámu však nehrají stěžejní roli ani činnosti různých občanských iniciativ, internetové prezentace a už vůbec ne výsledky popularizačního úsilí vědců příslušných oborů; hrají ji média. A právě média v informování o muslimském světě a ve formování kultivované debaty na tomto poli bohužel žalostně selhala a dosud selhávají“* (Mendel, 2007).

1.2.1 Historie soužití

Z historického hlediska se Česká republika nikdy nedostala do přímého kontaktu s islámem a jeho stoupenci. Informace o nich se k nám dostávaly spíše zprostředkovaně a české dějiny bezprostředně neovlivňovaly (Al Oukla, 2009).

První písemná zpráva o islámu a muslimech na našem území pochází z období Velké Moravy. Jednalo se o styky čistě obchodní. Přes naše území procházel dálkový obchod. Dokládají to nálezy islámských mincí na mnoha českých územích (Mendel, 2007).

12. a 13. století bylo období křížových výprav. Křížáci mířili do Svaté země s cílem ovládnout oblasti, kde žil a byl pochován Ježíš Kristus. V té době však obývané muslimskými a křesťanskými Araby. Češi se zúčastnili druhé křížácké výpravy pod vedením knížete Vladislava II. (Mendel, 2007).

S rozvojem latinsky i česky psané literatury se v období vrcholného středověku i u nás objevují zprávy o islámu a muslimech. Mezi takové spisy patří například *Historia de Machomet Sarracenorum* ze 14. století. Muslimové měli v té době velmi negativní obraz. Jednalo se o nepřítele každého křesťana. Zdrojem informací a poznání muslimského světa představovalo hlavně cestování. Jednalo se o cesty českých poutníků do Jeruzaléma či daleké obchodní cesty (Mendel, 2007).

Věda přicházející z arabských zemí ve středověku vysoce převyšovala nízkou úroveň znalostí evropské vědy. Nejvíce zasáhla do evropské vědy východní medicína. Až do 17. století se u nás za vzor lékařů pokládal Abú Alí Ibn Síná nebo další arabsko-islámský učenec Abú Bakr Muhammad Zakarijá Ibn Jahjá ar-Rází, neboli Razes (Mendel, 2007).

Arabští učenci ovlivňovali i další evropské vědy jako byla astronomie, matematika, fyzika či chemie (Mendel, 2007).

V historii se objevuje i několik pokusů o překlad Koránu. Josef Dobrovský napsal obsáhlé dílo *Alcoranus Mahometicus* s poznámkami u mnoha súr. Významným činem bylo vydání českého překladu celého Koránu na začátku 20. století Ignácem Veselým. Známým literárním počinem je překlad *Vyprávění tisíce a jedné noci* (Mendel, 2007).

Po roce 1989 se islám dostal do popředí zájmu díky změnám v politických poměrech. Otevřely se hranice, lidé začali více cestovat, objevovat a začala migrace.

Přestože jsme v dějinách neměli přímý kontakt s muslimským světem, jak je vidět i u nás zanechal důležité odkazy. Ať už se jedná o poznatky z různých věd či běžné denní činnosti, jako je například pití kávy. Tento zvyk se během středověku rozšířil po islámském světě a k nám se dostal prostřednictvím osmanských Turků. První pražskou kavárnu si otevřel roku 1714 křesťan z Damašku Georgius Deodatus (Mendel, 2007).

Každý národ přináší světu kulturu a podílí se na vývoji civilizace. Nepoučení lidé se dívají na Araby s despektem, přestože sami nevědomky využívají právě toho, co jim přinesla arabská kultura. Ať už se jedná o arabské číslice či slova, která mají kořeny právě v arabštině (Kopecký, 2014).

1.2.2 *Současnost*

Celkový počet cizinců v České republice za rok 2013 byl 439 189. Z arabských zemí u nás nejčastěji žijí lidé z Alžírsko, Egypta, Iráku, Jordánska, Libanonu, Maroka, Sýrie a Tuniska. Většina cizinců je ze zemí mimo Evropskou unii, a to 60 % (Srb, 2014).

Oficiální statistiky o počtech muslimů v České republice neexistují. Nejčastěji se uvádějí údaje v rozmezí 10 000 až 20 000 osob. Tento počet zahrnuje tři skupiny lidí: jedná se o české konvertity, to je však nejmenší skupina (zhruba 400 osob). Dále se jedná o cizince dnes již s českým občanstvím, kteří přišli do tehdejšího Československa v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století studovat vysoké školy. Mnozí z nich se zde po ukončení studia usadili, založili rodiny a získali české občanství. Největší skupinu představují cizinci bez českého občanství, kteří zde žijí na základě povolení k trvalému nebo dlouhodobému pobytu. Jedná se většinou o podnikatele, kteří přišli do České republiky po roce 1989 (Mendel, 2007).

V posledních dvou letech se však objevila ještě jedna skupina vyznavačů islámu na našem území. A to žadatelé o mezinárodní ochranu. Dle statistik z roku 2013 požádalo o mezinárodní ochranu 707 osob. Na druhém místě, co se týče nejčastějších státních občanství žadatelů o azyl, byli občané Syrské arabské republiky, tvořili necelých 10 %. Oproti roku 2012 se tento počet zvýšil o 1 %. Přičemž například v roce 2011 tomu tak vůbec nebylo. Tam patřila přední místa občanům Ukrajiny, Běloruska či Ruska. Rozdělení žadatelů o mezinárodní ochranu v České republice dle kontinentu pro rok 2013 je následující: Evropa 40 %, Asie 41 %, Afrika 9 %, Amerika 6 %, ostatní 4 %. V roce 2012 Evropa 43 %, Asie 42 %, Afrika 9 %, ostatní 6 %. Je tedy patrný vzestup žadatelů o azyl z arabských zemí, které jsou již několik let ve válečném stavu (Srb, 2014).

Většinu muslimů žijících v České republice tvoří lidé arabského původu. Nejčastěji ze Sýrie, Iráku a Egypta. Najdeme tu také velké množství muslimů z Balkánu – Albánci, Makedonci. V menším počtu pak Turci, Pákistánci nebo Čečenci (Mendel, 2007).

V roce 2004 byla Evropskou komisí vydána Příručka o integraci. Jedná se o dokument, kde jsou předloženy soubory příkladů a postupů z praxe úspěšné integrace prováděné Evropskou unií. Poskytuje rady a návrhy všem (vládám, občanům...), které by měly pomoci ke snadnější integraci imigrantů do EU. Důležitá je především kapitola s názvem Občanská angažovanost. Ta poukazuje hlavně na nutnost ovládnutí interkulturních kompetencí u některých profesí. Především se jedná o pedagogy, zaměstnance místních samospráv a samozřejmě zdravotnický personál. Snahou EU je především to, aby si imigranti a menšiny udrželi svou kulturní a náboženskou identitu a mohli ji nadále rozvíjet (Hladík, 2006).

1.2.3 Spolupráce České republiky a arabských států v oblasti zdravotnictví

V roce 1965 byla vydána vyhláška o Úmluvě mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Sjedinené arabské republiky (dříve Egypt a Sýrie) o spolupráci v oblasti zdravotnictví. Vyhláška má několik článků, ve kterých je podrobněji popsáno, k čemu se státy zavázaly. Všechny státy se například zavázaly k tomu, že budou přispívat vzájemnou spoluprací ke stálému rozvoji zdravotnictví a zlepšování lékařské péče. Zároveň tím budou prohlubovat a upevňovat přátelské vztahy mezi danými státy. Budou si vyměňovat zkušenosti v oblasti výchovy zdravotnických pracovníků a v oblasti zdravotnictví. Dále vyměňovat informace a materiály týkající se sjezdů a konferencí, budou usnadňovat vzájemné vysílání lékařů a jiných zdravotnických pracovníků za účelem jejich studia. Československá strana se zavázala k tomu, že bude vysílat profesory, zdravotnické pedagogy a jiné odborníky pro zřízení zdravotnických ústavů ve Sjedinené arabské republice. Taktéž se dohodly, že příslušné orgány a instituce budou přijímat občany druhé strany do svých zdravotnických zařízení a poskytnou občanům druhé strany nezbytné léčení při náhlém onemocnění. Tato péče se bude poskytovat bezplatně. Tato Úmluva byla podepsána v Káhiře 26. 11. 1964 na dobu pěti let. Platnost se měla automaticky prodloužit vždy na dalších pět let, pokud ji jedna ze smluvních stran nevypoví (Česko, 1965).

Během několika let byla Úmluva nebo Dohoda o spolupráci v oblasti zdravotnictví podepsána s těmito státy: s Alžírskou demokratickou a lidovou republikou, Jemenskou arabskou republikou, Jordánským hašimovským královstvím, Kuvajtem, Královstvím Saúdské Arábie, Libyí, Marokem, Syrskou arabskou republikou, Tuniskou republikou a Súdánskou demokratickou republikou. Úmluva s vládou Sjedené arabské republiky se v současnosti týká pouze Egypta, protože Sýrie z této unie v roce 1961 vystoupila (Ministerstvo zahraničních věcí ČR, 2014).

Tyto Úmluvy nebo Dohody nadále platí, pouze byly aktualizovány a některé články vypuštěny. Jedná se o články týkající se bezplatného poskytnutí lékařské pomoci při akutním onemocnění občanům druhé smluvní strany. Tyto články stále platí u států: Jemen, Libye, Maroko (Ministerstvo zahraničních věcí ČR, 2014).

1.3 Zdravotní stav arabského obyvatelstva

Arabský svět má soubor historických, geopolitických, sociálních, kulturních a ekonomických charakteristik, byl také zapojen do několika válek. Navíc jsou velké rozdíly jak ve finančních, tak i lidských zdrojích v jednotlivých státech. Všechny tyto faktory ovlivňují zdravotní stav arabského obyvatelstva (Mokdad, 2014).

Existuje mnoho faktorů, které mají vliv na zdravotní stav. Některé jsou však typické pro určitou oblast světa. Co se týká oblastí arabských zemí, jako všude na světě i zde je důležitá prevence a to hned v několika základních oblastech života (Nasir, 2008).

Především jsou to bezpečné pracovní podmínky, čistá voda a kvalitní potraviny. Všechny tyto faktory významně přispívají ke zdraví jednotlivce a celé populace. Co je však velmi podstatné, je především kvalitní a dostupná zdravotní péče, která je důležitá nejen v léčbě, ale i v prevenci onemocnění, což není ve všech arabských státech samozřejmostí (Nasir, 2008).

Postupné zlepšování zdravotní péče je však evidentní. V 50. letech dosahovala střední délka života při narození zhruba 44 let, dnes se blíží k 70 letům. Nejvíce se zlepšování zdravotní péče odrazilo na snížené úmrtnosti dětí do 5 let. Na počátku 50. let dosahovala kojenecká úmrtnost hodnot kolem 200 %. V současné době se udává

hodnota nižší než 40 %. Mezi státy však existují poměrně velké rozdíly. Nejvíce se evropským státům přibližuje Izrael s hodnotami mezi 5 – 6 %. Na opačné straně je Jemen, kde přetrvává vysoká hodnota okolo 70 %. V Palestině je evidentní velký pokrok v této oblasti, přestože se jedná o zemi sužovanou stále přetrvávajícím konfliktem s Izraelem a ekonomickými těžkostmi. Na snížení kojenecké úmrtnosti se zde podílel efektivní zdravotní systém financovaný především zahraničními zdroji. Irák je v současnosti jedinou arabskou zemí, kde nebyl žádný pokrok zaregistrován. Kojenecká úmrtnost je zde stále na stejné úrovni jako na konci 60. let a to 94 % (Kocourková, 2005).

Nejčastější příčinou úmrtí v arabském světě byla v roce 2010 ischemická choroba srdeční. Ta je nejčastější příčinou úmrtí u mužů. Naopak u žen jsou to respirační infekce. Ty byly nejčastější příčinou úmrtí u obou pohlaví v roce 1990. Další nemoci, jejichž výskyt v průběhu let stoupl, jsou psychické poruchy, jako jsou deprese a úzkosti. Dále pak poruchy pohybového aparátu, včetně bolestí zad a krku, diabetes mellitus a cirhóza jater (Mokdad, 2014).

Existuje také určitý souhrn zdravotních problémů potencionálních pacientů z oblasti Asie. Například v Pákistánu se jedná o choroby jako TBC, akutní respirační infekce, vzteklna, proteinová malnutrice u dětí a jiné. Na Arabském poloostrově, konkrétně v Izraeli, se jedná o středozevní horečku, diabetes mellitus, aterosklerózu nebo hypertenzi a další (Nováková, 2008).

1.3.1 Nemocnost arabských pacientů

V arabském světě patří mezi nejčastější příčiny onemocnění tyto faktory: především jsou to dopravní nehody. Úmrtnost kvůli dopravním nehodám se na Blízkém východě řadí mezi nejvyšší na světě. Nejčastěji jsou postiženi lidé ve věku 15 až 44 let. Další jsou pracovní úrazy. Většinou se jedná o úrazy v továrnách. Chybí zde vhodná forma řízení a přísné kontroly, kdy se nepožaduje dodržování bezpečnostních pravidel. Nedostatek bezpečnosti a ochrany zdraví tak velmi často vede právě k poškození zdraví, někdy i trvalým následkům či smrti (Nasir, 2008).

V současnosti velmi aktuálním faktorem ovlivňujícím zdraví obyvatelstva v arabských státech jsou vojenské konflikty. Kromě zranění a úmrtí mnoha civilního obyvatelstva ohrožují válečné konflikty materiální i sociální zdroje a omezují přístup ke zdravotní péči, což má za následek sníženou možnost získat jakoukoliv lékařskou péči. Mezi následky těchto konfliktů patří v neposlední řadě časté posttraumatické poruchy a deprese, kdy jedinec není schopen plnit své role, i ty pracovní. Tím může být ohrožen i chod průmyslu (Nasir, 2008).

Dalším faktorem jsou chronické a přenosné nemoci. Značný vliv na morbiditu má tuberkulóza a malárie v některých arabských regionech. Naopak pozitivní je výrazně nižší přenos HIV/AIDS než v ostatních zemích. Časté příbuzenské svazky vedou v arabských státech ke značné genetické zátěži. Některé oblasti jsou proto typické vyšším výskytem dědičných onemocnění. Posledním faktorem je podvýživa. Nedostatečný přísun živin, které jsou důležité pro náš organismus má mimo jiné také za následek onemocnění jako anémie z nedostatku železa. Ta se běžně vyskytuje v několika regionech arabských zemí. Neléčení může mít za následek celoživotní fyzické a mentální postižení (Nasir, 2008).

1.3.2 Nejčastější příčiny hospitalizace v ČR

Statistiky o onemocnění arabských pacientů se nevedou. Pouze souhrnné informace o počtu hospitalizovaných cizinců v českých nemocnicích. Za rok 2013 bylo u nás hospitalizováno celkem 33 757 cizinců (pro srovnání v roce 2012 se jednalo o 32 022 cizinců). Z toho bylo 13 010 mužů a 20 747 žen. Nejčastější příčinou, která vedla k hospitalizaci žen, bylo těhotenství, porod a šestinedělí (7 359). U mužů se nejčastější jednalo o poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (2 943). Celkově patřila mezi nejčastější příčiny hospitalizace tato onemocnění: nemoci oběhové soustavy (2 627), nemoci močové a pohlavní soustavy (2 803) a nemoci trávicí soustavy (2 547). Dále pak novotvary (1 798), nemoci dýchací soustavy (1 752) nebo nemoci kosterní a svalové soustavy (1 282). Onemocnění virem HIV se objevilo u 17 případů (v roce 2012 bylo 8 případů), z toho bylo 14 mužů a 3 ženy (Srb, 2014).

Obecně je u cizinců pozorován zvýšený výskyt pracovních úrazů, pravděpodobně v důsledku nedostatečné znalosti jazyka a bezpečnostních předpisů práce. Dále zvýšený výskyt některých duševních poruch, především posttraumatické stresové poruchy a adaptační poruchy. Různá tělesná onemocnění (reakce na zátěž, kterou přináší migrace do odlišných podmínek). Objevují se také infekční nemoci, které jsou běžné v zemích, odkud cizinci přicházejí. Často je také k návštěvě lékaře donutí stomatologické potíže (Špirudová, 2004).

Zkušenosti ukazují, že cizinci často přijíždějí do naší země z neutěšených hygienických podmínek a bez předchozí lékařské péče a preventivních prohlídek. Mají tak často různá chronická, neléčená či zanedbaná onemocnění (Špirudová, 2004).

„Opakovaně je navrhováno, aby Ministerstvo zdravotnictví v rámci svých statistických výkazů nezahrnovalo do celkových výdajů za zdravotní péči všech cizinců i péči těm cizincům, kteří pobývají na území České republiky za účelem turistiky, studia nebo léčení, a aby rozšířilo sledované údaje o zdravotní péči cílové skupiny cizinců z hlediska integrace a zavedlo monitorování jejich diagnóz“ (Špirudová, 2004, s. 92).

1.3.3 Nárok na zdravotní péči v ČR

Podle článku 31 Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví (Listina základních práv a svobod, 1992). Cizinec má nárok na veřejné zdravotní pojištění, pokud získá trvalý pobyt na území ČR nebo pokud je zaměstnán u zaměstnance, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Cizinci, kteří jsou účastni veřejného zdravotního pojištění, mají při čerpání zdravotní péče na našem území stejná práva i povinnosti jako občané ČR (Ministerstvo vnitra ČR, 2011).

Cizinci, kteří nesplňují podmínky pro účast na veřejném zdravotním pojištění, mohou uzavřít cestovní zdravotní pojištění například u Pojišťovny VZP, a. s., UNIQUA pojišťovny a dalších. Cestovní zdravotní pojištění může být dvojího typu: krátkodobé cestovní zdravotní pojištění (při pobytu do 365 dnů) – toto pojištění je vhodné při pobytu na území ČR za účelem turistiky nebo z pracovních důvodů. Z pojištění se hradí pouze nutná a neodkladná zdravotní péče. Rozsah a podmínky jsou stanoveny

pojistnou smlouvou. Pojištění se sjednává na jednotlivé dny, přičemž minimální pojistná doba jsou tři dny. Dále existuje dlouhodobé zdravotní pojištění pro osoby zdržující se na našem území po dobu alespoň šesti měsíců. Pojištění kryje užší rozsah zdravotní péče než veřejné zdravotní pojištění. Rozsah a podmínky jsou opět stanoveny v pojistné smlouvě. Dlouhodobé zdravotní pojištění se podle podmínek jednotlivých pojišťoven uzavírá s osobami, které nejsou starší 70 let, a na základě vstupní lékařské prohlídky. Pojištění se uzavírá na dobu 6 – 24 měsíců, po skončení platnosti je možné sepsat novou smlouvu na dobu 24 měsíců (Ministerstvo vnitra ČR, 2011).

Na území ČR je také poskytována zdravotní péče cizím státním příslušníkům na základě: 1. bilaterálních dohod obsahujících ustanovení o bezplatném poskytování zdravotní péče uzavřených mezi ČR a jejich domovským státem. Jedná se o poskytnutí bezplatně nutné a neodkladné zdravotní péče poskytnuté v rozsahu daném dohodou. Pro uplatnění toho nároku je pacient povinen předložit platný cestovní doklad. V současnosti jsou takové dohody uzavřeny s těmito státy: Jemen, Kuba, Libye, Maroko, Bosna a Hercegovina.

2. dvoustranných smluv o sociálním zabezpečení, které zahrnují zdravotní pojištění. Jedná se opět o péči neodkladnou, pouze po dohodě s jednotlivými pojišťovnami lze poskytnout péči i v širším rozsahu. U těchto pacientů je vyžadováno předložení příslušného formuláře vydaného zahraniční institucí výpomocné zdravotní pojišťovně v ČR, která vystaví Potvrzení o registraci nebo Průkaz pojištěnce ze smluvního státu pro cizince pobývajících v ČR. Dané smlouvy jsou uzavřeny s těmito státy: Chorvatsko, Makedonie, Turecko, Srbsko, Černá Hora a Izrael (Ministerstvo vnitra ČR, 2011).

Pro děti, které se narodí cizincům na území ČR, platí, že mají vždy stejný druh pojištění jako jejich rodiče či zákonný zástupce. Cizinci, kteří jsou pod dočasnou ochranou ČR, a cizinci po dobu zajištění za účelem správného vyhoštění je poskytnuta zdravotní péče v souvislosti s úrazem nebo náhlým onemocněním. Náklady na tuto péči jsou hrazeny z prostředků státního rozpočtu prostřednictvím Ministerstva vnitra ČR. Cizincům, kteří se na našem území nacházejí ve výkonu trestu, v policejních celách, či cizincům čekajícím na vyhoštění z České republiky je poskytována péče, která vede

k udržení nebo zlepšení jejich zdravotního stavu. Péče je hrazena z prostředků Ministerstva vnitra ČR (Ivanová, 2005).

V případě, kdy zdravotní stav cizince vyžaduje nutnou a neodkladnou zdravotní péči, má takový člověk právo na poskytnutí péče v nejbližším zdravotnickém zařízení i bez předložení průkazu pojištěnce. Úhrada nákladů se potom liší podle toho, zda je pacient pojištěn ve veřejném zdravotním pojištění nebo má uzavřeno soukromé zdravotní pojištění či zda se jedná o osobu nepojištěnou. Taková osoba hradí vzniklé náklady sama z vlastních prostředků (Ministerstvo vnitra ČR, 2011).

1.4 Specifika ošetřování muslimských pacientů

Při ošetřování pacienta odlišné kultury musíme respektovat určité rozdíly. Tyto rozdíly vycházejí u arabských pacientů především z jejich náboženského přesvědčení. Dále se můžeme setkat i s rozdíly vycházejícími ze zvyků, tradic a obřadů dané země či rodiny. *„Základem multikulturního ošetřovatelství jsou lidská práva. Od sester se očekává, že je budou respektovat“* (Líšková, 2006, s. 19). Před ošetřováním těchto pacientů by si nejprve sami zdravotníci měli uvědomit, jaké jsou jejich vlastní etnické a kulturní hodnoty, postoje, názory a jak se takové názory mohou projevat ve zdravotnické praxi (Ivanová, 2005).

Muslimy dnes najdeme napříč všemi kontinenty. Drtivá většina muslimů dodržuje islámské tradice, ať jsou v jakémkoliv státě a v jakémkoliv zařízení. Tedy i pokud jsou nemocní a jejich stav vyžaduje hospitalizaci. Zdravotníci by proto sami měli chtít těmto zvykům svých pacientů porozumět (Sheikh, 2008).

Péče o muslimské pacienty je věc poměrně složitá a náročná. Mnoho zdravotníků se tomu raději vyhýbá. Pokud však k takovému pacientovi budeme přistupovat bez předsudků a s respektem k jeho kultuře a náboženství, pak tato spolupráce bude přínosem nejen pro pacienta, ale i ošetřující personál. *„Fakt, že se někdo zajímá o jinou kulturu, mu jednoznačně rozšiřuje obzor. Obzor vědomostí, názorů a hlavně vnitřních pocitů a vnímání, které každý prožívá individuálně. Tím překonáváme vlastní hranice.“*

Hranice geografické, sociálně-kulturní, ale i hranice našeho vnitřního světa. Jsme ochotni se otevřít něčemu novému, odlišnému“ (Khidayer, 2011, s. 233).

1.4.1 Komunikace

„Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem“ (Venglářová, 2006, s. 11). Komunikace patří mezi základní dovednosti zdravotníků. Komunikujeme celý den – s pacienty, rodinami, nadřízenými, podřízenými... Většinou je tato komunikace usnadněna stejným jazykem. Pokud ošetřujeme pacienta, který nemluví stejným jazykem, je o to spolupráce těžší. Záleží potom na ochotě spolupráce nejen zdravotníků, ale i pacienta.

Pokud jsou komunikující partneři příslušníci jazykově a/nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenstvích, pak mluvíme o komunikaci interkulturní (Průcha, 2010).

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Verbální komunikace je dorozumívání se pomocí slov. Pokud chceme s pacientem mluvit cizím jazykem, vyžaduje to samozřejmě schopnost mluvit v cizím jazyce. Dále také pochopení významu slov cizího jazyka, a to jak v ústní, tak písemné formě. Komunikace v cizím jazyce také vyžaduje dovednosti, jako je pochopení jiných kultur a jejich zprostředkování (Průcha, 2010). Při špatném překladu může dojít k velkému nedorozumění. Proto je někdy vhodnější zajistit služby tlumočnicka.

Arabové při konverzaci mluví nahlas, někdy až křičí. Proto jejich běžný rozhovor může Evropanům připadat jako hádka. Mírný a uvolněný tón se v jejich konverzaci téměř nevyskytuje. Jejich slovní projev je velmi citově podbarven (Khidayer, 2011).

Neverbální komunikace se definuje jako řeč těla. Dotváří složku verbální komunikace a patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili (Venglářová, 2006). „*Řeč těla je považována za upřímnější než neverbální projev*“ (Venglářová, 2006, s. 39). Komunikace beze slov je mnohdy důležitější než to, co říkáme slovy. Hlavně pro pacienta, se kterým se nemůžeme domluvit stejným jazykem. Mimoslovní komunikací však můžeme pacienta také urazit. To, co je v naší

kultuře běžné, je v jiných považováno za nevhodné. Zvláště v arabských zemích je přesně určené, co je vhodné a co ne.

Do neverbální komunikace patří mimika – jedná se o komunikaci výrazem tváře. Mimikou dokážeme vyjádřit mnoho emocí. Dále haptika, ta vyjadřuje dotekovou komunikaci, která se realizuje hmatem. Význam takové komunikace záleží také na tom, které části těla se dotýkáme. Proxemika znamená sdělování přiblížením a oddálením, tím se myslí prostorová blízkost. Právě při kontaktu s cizincem je třeba si ověřit, že volíme takovou vzdálenost, která je mu příjemná a pro jeho kulturu vhodná. Posturologie je řeč těla. Vyjadřuje držení těla a postavu. Kinezika znamená řeč pohybů. Může jít o pohyb celého těla nebo jeho části. Gestika je řeč rukou. Jedná se o pohyby některé části těla, nejčastěji rukou. Arabové jsou zvyklí konverzaci doprovázet velkou gestikulací. Dále sem řadíme pohledy. Jedná se o nejhlubší neverbální projev v sociální interakci. Paralingvistika jsou parajazykové projevy. Jedná se tedy o soubor vokálních a hlasových projevů. Nejdůležitějším paralingvistickým projevem je především barva hlasu, výška, melodie a síla hlasu. Neméně důležitou složkou neverbální komunikace je komunikace úpravou zevnějšku. Rozumí se tím způsob oblečení, účes, kosmetika i preference barev (Ivanová, 2005). „*Kultura se výrazně podepisuje na oblečení člověka*“ (Ivanová, 2005, s. 71).

Ve všech bodech neverbální komunikace jsou určité rozdíly, které je potřeba znát při komunikaci s arabským pacientem:

Pravidla pro muže a ženy nejsou v arabském světě stejná. Žena by se například neměla dívat přímo na muže, může vzniknout dojem, že ho svádí. Upřený pohled do očí znamená despekt, ale i intimnost. Vzdálenost při komunikaci je u Arabů mnohem kratší než u Evropanů. Během rozhovoru se tato vzdálenost ještě zkracuje (Khidayer, 2011).

Fyzický kontakt má v arabském světě přísná pravidla. Mezi muži se bariéra osobního kontaktu láme. Muži se často chytají za ruce, objímají. Svobodní muži a ženy se na veřejnosti nesmějí navzájem dotýkat. Při pozdravu si muži podávají ruce a líbají se. Ženy se mezi sebou zdraví polibkem (Khidayer, 2011). Pokud se muslimská žena dostane do Evropy, kde se ruce při pozdravu podávají i mezi opačným pohlavím, může tento problém řešit dvěma způsoby. Podanou ruku neodmítne, ale přes svou ruku

si přetáhne kus látky, aby se nedotýkala cizího muže, nebo podanou ruku neopětuje (Ivanová, 2005). Naprosto nevhodné je chytit Araba za rameno, abychom mu něco důvěrně řekli. Tento dotek navozuje v arabském světě dojem podmanění si dané osoby (Khidayer, 2011).

Při ošetřování muslimského pacienta je nutné si také uvědomit rozdíl mezi levou a pravou rukou. Islámem je stanoveno, že pouze pravá ruka slouží k podání čistých věcí. Levá ruka k podání nečistých. Pokud budeme pacientovi podávat například léky levou rukou, nejenže je od nás nepřijme, ale bude to považovat za urážlivé a nevychované (Ivanová, 2005).

Při ošetřování nemocných se někdy nevyhneme bolesti. Avšak každý pacient ji vnímá jinak i ve spojení s odlišnou kulturou a náboženstvím. Nejlépe si to uvědomíme na tomto příkladě: V nemocnici ve Spojených státech amerických byl hospitalizovaný nigerijský farmář, který čekal na artroskopickou operaci kolene. Pacient měl silné bolesti, ale odolával jim sevřenou čelistí a bolestivými grimasy. Personál čekal, že pacient bude chtít léky proti bolesti. On o to však nikdy nepožádal. Pacient byl muslim a tím, že prožíval bolest bez tlumících léků, vyjadřoval díky Alláhovi, že mu umožnil dostat se do této nemocnice a podstoupit speciální operaci, která mu zajistí lepší život bez bolesti (Galanti, 2008).

Z uvedeného vyplývá, že při komunikaci s pacientem jiné kultury může vést nerespektování pravidel komunikace k ovlivnění až úplnému zablokování spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Pacient se při nedostatečné komunikaci ze strany ošetřujícího personálu může cítit méněcenný, nepochopený a ztracený. Stejně tak zdravotnický personál může být bezmocný, když si s pacientem navzájem nerozumí. Proto je potřeba znát alespoň některá pravidla transkulturní komunikace (Líšková, 2006).

„Transkulturní komunikace má velký vliv na porozumění mezi národy a rasami, stává se nesmírně důležitou při kontaktu s přistěhovalci, utečenci i turisty, proto je pochopení verbální komunikace i neverbálních projevů v dnešním multikulturním světě velmi významné“ (Ivanová, 2005, s. 80).

1.4.2 Stravování

Jídlo má v islámu velký význam. V islámském náboženství je řada zákazů a příkazů nejen konzumace, ale i přípravy jídla. Podle Koránu je zakázána konzumace vepřového masa, včetně sádla a všech pokrmů na něm připravených. Ortodoxní muslim nepoužije ani nůž s jímž bylo maso krájeno (Rolantová, 2012). Maso, které muslimové mohou jíst, musí být poraženo dle islámských pravidel, kdy se zvíře nechá vykřváct. Jinak na úpravě masa nezáleží, může být vařené, pečené i s omáčkou atd. Při podávání stravy muslimskému pacientovi je lepší se vyhýbat mletému masu, nedůvěřují, že neobsahuje i vepřové, a upřednostnit drůbeží či hovězí. Muslimové nesmějí konzumovat žádný alkohol ani pokrmy připravované na alkoholu (Ralbovská, 2010).

Všechny pokrmy berou pravou rukou, která je čistá. Chléb se nesmí krájet, ale láme se. Ortodoxní muslim také vždy dopijí vodu, nikdy ji nevylije. Voda je brána jako dar od Boha, proto se s ní nesmí plýtvat (Rolantová, 2012). Je vhodné, aby stravu ženě přinášela v nemocnici osoba stejného pohlaví, nikoliv ošetřovatel. Pacientka by přinesené jídlo mužem mohla odmítat (Velkoborská, 2009).

V arabských oblastech se nejčastěji připravuje jídlo z jehněčího, skopového masa, v menší míře pak z masa hovězího a velbloudího. Oblíbené je však i rybí a drůbeží maso. Jako přílohy se hojně využívají různé druhy luštěnin (boby, cizrna, čočka, fazole, hrách) a velké množství zeleniny (lilky, cukety, okurky, rajčata, špenát, bāmje...). Velice významnou roli hraje olivovník. Ten v horku poskytuje potřebný stín, ale především dává olivy a olej. Arabové jsou také zvyklí na velké množství ovoce, jako jsou melouny, granátová jablka, fíky, datle nebo meruňky. Velmi oblíbené jsou kysané mléčné výrobky (jogurt, kefir zvaný laban). Jinak se běžně pije voda, čerstvé ovocné šťávy, černý čaj a káva (Kopecký, 2014).

Pokrmy se tradičně servírují v miskách a mísách, na talířích nebo obrovských tácech. Lidé sedí na měkkých polštářích nebo v přijímací místnosti pro hosty na vypolstrované nízké lavici. Jídlo se podává najednou, aby si každý mohl vybrat. Před jídlem si každý umyje ruce. Jí se pravou rukou, maximálně třemi prsty. Chleba se používá jako lžice. Z příborů Arabům zpravidla postačí lžice a vidlička. Muži i ženy jedí pohromadě (Kopecký, 2014).

Po propuštění z nemocnice se může stát, že budou muset arabští pacienti dodržovat určitá dietní omezení. U těchto pacientů je potřeba důkladná edukace o významu a dodržování diety. Arabové ji velmi často porušují hned z několika důvodů. Pokud je někdo, kdo dodržuje dietu, pozván na návštěvu, nemůže jídlo odmítnout kvůli dietě, bylo by to vnímáno jako nezdvořilost. Nevidí spojitost mezi špatnou výživou a sekundárním onemocněním. A v neposlední řadě je důvod k nedodržování diety, pokud jídlo pomáhá nemocnému člověku k uzdravení (Kutnohorská, 2013).

1.4.3 Hygiena

Otázka hygieny má svou důležitost především z hlediska náboženského. Muslim se musí před každou modlitbou umýt. Patří sem umytí tváře, uší, nosu a rukou. Správně by se měly umýt i intimní partie, ale to pouze pokud se muslim modlí v soukromí. Není-li voda po ruce, stačí umytí jenom naznačit. Pokud se muslim v době modlitby nachází na poušti, lze vodu nahradit pískem (Khidayer, 2012). V nemocnici je možné pouze symbolické umývání. Namísto mytí se pacient dotkne rukou zdi a naznačí umytí (Ivanová, 2005).

Kromě očisty před modlitbou by měl muslim také neustále udržovat své tělo i šaty čisté a pravidelně odstraňovat špínu nebo maz (v zubech, nosních dírkách, podpaždí...). Povinností je čištění zubů více než jednou denně, odstraňování chlupů v podpaždí třikrát do týdne a v oblasti genitálií jednou za dva týdny (Rolantová, 2012). Muslimská žena může v nemocnici vyžadovat celkovou koupel po gynekologickém vyšetření (Velkoborská, 2009).

Při provádění hygienické péče v nemocnici je potřeba mít na paměti, že tělesný kontakt mezi cizím mužem a ženou je v islámu tabu. Pokud není možné, aby byl ošetřovatelský výkon vykonán osobou stejného pohlaví, je vhodné pacientovi vysvětlit, že známe boží přikázání jeho víry, ale v současné době není možné, aby mu bylo vyhověno. Pacient projeví jistě více vstřícnosti a pochopení v dané situaci (Ralbovská, 2010).

Dále je vhodné dávat si pozor na některé tělesné oblasti. U muslimských mužů se jedná o oblast mezi pupkem a koleny, která musí být zahalena i v případě přítomnosti osob stejného pohlaví. U žen je to oblast od krku až po kolena (Ralbovská, 2010).

Po normální hygienické péči může muslimský pacient, projevit zájem, umýt se ještě jednou, ale rituálně. Je to pro něj povinnost, pokud chce v nemocnici provádět modlitby (Ivanová, 2005).

1.4.4 Modlitby

Ortodoxní muslim se bude modlit pětkrát denně, i pokud je hospitalizovaný v nemocnici. Modlí se na podlaze čelem k Mekce. Tradičně se muslim v soukromí doma modlí na modlitebním koberečku. Oddaný muslim si ho však vezme také do nemocnice. Některé nemocnice v zahraničí v současné době tyto modlitební koberečky svým pacientům poskytují zdarma během jejich hospitalizace. (Galanti, 2008). V arabských státech je tento modlitební kobereček povinným vybavením každé čekárny v nemocnici. Pokud se pacient modlí a přijde na něho řada na ošetření, personál musí počkat, až své modlitby dokončí (Bošková, 2010). Modlitební koberec a Korán jsou pro muslima posvátné předměty a zdravotnický personál by se měl vyvarovat pokládání jakýchkoliv předmětů na tyto věci. Taktéž se jich dotýkat znečištěnými rukama od krve či moči (Ralbovská, 2010).

Modlitba jako taková se skládá ze tří specifických pozic, které mají přesně určený pořádek. První je stoj, poté úklona do pravého úhlu a klečení s obličejem k zemi. Závěrem je krátký odpočinek vsedě (Ralbovská, 2010). Je vhodné při modlitbách pacienta nerušit, pokud je to alespoň trochu možné (Galanti, 2008). Zvláště důležité je to pro ženy – muslimky, vzhledem k nutnosti provádět před každou modlitbou rituální očistu. Možnost soukromí při modlitbě je velmi důležitá pro každého nemocného muslimského pacienta (Ivanová, 2005).

Někteří muslimové vždy nosí amulet, jedná se o černou stuhu, stříbrný či zlatý řetízek, na nichž jsou napsána citáty z Koránu. Pokud pacient na jejich nošení trvá,

neměly by se mu násilím odebírat. Pokud to bezprostředně nevádí při ošetrovatelské péči či některých výkonech, je vhodné mu je ponechat (Ivanová, 2005).

1.4.5 Ošetrování muslimské ženy

Při příjmu muslimské ženy do nemocnice bude pravděpodobně přítomen i její manžel. Pokud to zdravotnické zařízení umožňuje, je vhodné, aby ji vyšetřovala žena – lékařka. Při odebírání osobní či rodinné anamnézy je potřeba zachovat opatrnost (Ivanová, 2005). Není vhodné s ženou mluvit o základních fyziologických funkcích, jako je močení, stolice, výtok, zvracení apod. Pokud tyto skutečnosti potřebujeme znát, je vhodnější se na ně zeptat, až nebude přítomen manžel. Ženy se neptáme na děti. Ptát se svobodné muslimské ženy na děti je nevhodné vzhledem k tomu, že mimomanželský pohlavní styk je zakázán. Stejně tak může být vnímáno jako urážka ptát se na to vdané bezdětné ženy. Může mít pocit, že je jí bezdětnost vyčítána (Kutnohorská, 2013).

Při poskytování ošetrovatelské péče je opět vhodné, aby ji muslimské ženě poskytovala osoba stejného pohlaví. Při komunikaci s mužem nebo při vyšetření by zde měla být přítomna další osoba – nejčastěji manžel či blízká příbuzná (Ivanová, 2005).

Někteří ortodoxní muslimové berou tato pravidla vůči ženám velmi vážně, a pokud je nebudeme respektovat, může manžel muslimské ženy naši péči odmítnout, přestože ji manželka bude potřebovat. Příkladem je situace po zemětřesení v Iránu v prosinci 2003. Přestože Irán nepatří mezi arabské státy, většina obyvatel patří mezi vyznavače islámu. Během toho zemětřesení zemřelo mnoho žen, protože nebyl dostatek ženských lékařek a záchranářek, které by je ošetřily. Mužské ošetroující k ženám nepustili. Ortodoxní muslimové raději nechají ženu zemřít, než aby ji viděl muž nahou či polonahou, přestože se jedná o lékaře (Khidayer, 2011).

1.4.6 Umírání

Umírající muslimský pacient si bude přát mít lůžko otočené tváří k Mekce. Přítomnost u lůžka nemocného budou vyžadovat především příbuzní, ale mohou se toho

dožadovat i stařešinové místní muslimské komunity a duchovní. Pokud to dovoluje stav pacienta, je vhodné mu to umožnit. Příbuzný či některý významnější muslim šeptá do ucha umírajícímu výzvy k modlitbě (Ralbovská, 2010).

Když člověk zemře a lékař zkonstatuje smrt, arabští muslimové začnou ihned připravovat pohřeb. Pohřeb se koná nejpozději do čtyřiaadvaceti hodin, aby se zemřelý co nejdříve dostal do ráje. Další důvod je, že zármutek nemá trvat více jak tři dny, protože příbuzní mají co nejdříve zapomenout na smrt blízkého člověka. Pro pohřeb je důležitý čas smrti. Musí se s ní vyčkat do nejbližší modlitby, pochovat se může až po ní. Zvykem v arabských státech je, že i nemuslimové pohřbívají své příbuzné do jednoho dne od úmrtí. V arabských zemích se nikdy tělo nespaluje. Zásadně se pohřbívá do země (Khidayer, 2012).

Po smrti člověka se o úpravu těla stará nejbližší rodina. Tento postup budou příbuzní pacienta požadovat i v nemocnici. Blízcí nebožtíka nejprve zakryjí a poté třikrát umyjí. Nejprve čistou vlažnou vodou, poté vodou s cedrovým olejem a nakonec vodou s parfémem. Látka, kterou jsou zakryty genitálie, se nesmí odstranit. Ženy mají látku od ramen dolů. Tělo se omývá tak, že omývajícím vsune jednu ruku pod látku. Jeho ruka je zabalena do další látky, aby nedošlo k přímému kontaktu těla zemřelého a živého. Nahé tělo se zabalí do rubáše z bílé látky (Ralbovská, 2010).

Tělo zůstává až do pohřbu doma nebo se odveze do mešity co nejbližší hřbitovu. Samotný pohřeb pak probíhá v mešitě. Při obřadu nemají příbuzní dávat přehnaně najevo svůj smutek. Každý si musí uvědomit, že smrti nikdo neujde a smířit se s tím. V některých státech však existují profesionální plačky – ženy, které svůj smutek dávají velmi hlasitě najevo. Pláčou, křičí a bijí se do prsou. Období smutku trvá tři dny. Večer po pohřbu přicházejí lidé do domu nebožtíka vyjádřit soustrast pozůstalým. Kondoluje se muži mužům a ženy ženám. Poslední den smutku je zvykem rozdávat sladkosti, zajistí se tak sladký život nebožtíkovi a ukončí se třídenní smutek (Khidayer, 2012).

Muslimové věří v posmrtný život. Proto je pitva zakázaná, tělo musí zůstat neporušené. Výjimka je pouze v případě, kdy je potřeba provést pitvu k objasnění příčiny smrti (Ivanová, 2005).

Muslimové také věří ve velké množství pověr. V arabských zemích se hřbitovy nacházejí na okrajích měst. Mrtví jakoby už do světa živých nepatřili. Je i zvykem zničit všechny věci, které patřily nebožtíkovi. Lidé věří, že i návštěva hřbitova jim může přinést něco zlého (Khidayer, 2012).

1.4.7 Příbuzní pacienta

Rodina je v islámu velmi významná. Představuje jistotu a ochranu. Není výjimkou, že více generací žije pohromadě. Muž rodinu reprezentuje, je povinen ji finančně zajistit, ochránit ženu a děti. Jeho roli později přejímá nejstarší syn. Muslimové jsou zvyklí, že ve své zemi pečují o nemocného v nemocnicích sami příbuzní. Nosí mu jídlo, zajišťují hygienickou péči (Ivanová, 2005).

V islámu jsou rodiče a děti společně svázáni určitými povinnostmi a závazky. Patří sem povinnost rodičů starat se o děti, jejich duchovní blaho, vzdělávací potřeby. Dětem se dostává velké pozornosti, lásky a zodpovědnosti. Od dětí se pak očekává láska, úcta a oddanost rodičům (Rolantová, 2012).

Nemoc se chápe u muslimů jako něco zavazujícího. Nemocný člověk není vyloučen z rodinného dění, ale naopak je v jeho centru. Návštěva nemocného je proto sociální povinností. Muslimové jsou přesvědčeni, že pokud se u lůžka pacienta sejde co nejvíce lidí, tak se dříve uzdraví. Během návštěvy se všichni společně pomodlí. Imigranti z islámských zemí se našich nemocnic většinou obávají nejen z důvodu nedostatečných jazykových znalostí, ale i z důvodu, že nebudou pochopeni. Často příbuzní nerozumějí, co jim zdravotníci říkají, ale hrdost jim nedovoluje se zeptat. I v případě otázky personálu, zda všemu rozuměli, dají kladnou odpověď, i když tomu tak není (Ralbovská, 2010).

V islámských zemích se diagnóza sděluje nejdříve příbuzným pacienta. Pacient má být chráněn a nesmí ztratit naději. V českém zdravotnictví je dobré seznámit rodinu s diagnózou pacienta, pokud však k tomu dá pacient souhlas (Ivanová, 2005).

1.5 Všeobecné sestry a multikulturní ošetřovatelství

„*Ošetřování je morální umění a morálka je součástí širšího kulturního kontextu. Ošetřování je kultura*“ (Kutnohorská, 2013, s. 9). Součástí osobnostní výbavy každého zdravotníka by měly být kulturní kompetence. Ty získáme nejprve sebeanalýzou. Znamená to uvědomit si vlastní identitu, naše hodnoty a tradice. Poté systematickým vzděláváním v transkulturním ošetřovatelství, ale i dalších oborech, jako je například sociologie, filozofie či psychologie. A v neposlední řadě hrají důležitou roli naše zkušenosti. A to ve vlastní i cizí zemi, v rámci profese, při cestování nebo v občanském životě (Černá, 2007). Od všech zdravotníků se očekává, že budou mít morální kompetence, a tím pádem morální přístup k pacientům. Je proto velmi důležité, aby zdravotníci měli dostatečné vzdělání na to, aby mohli multikulturní péči správně poskytovat (Kutnohorská, 2013). „*Sestra, která poskytuje péči klientům z různých kultur, by měla být vybavena patričními znalostmi z oblasti multikulturního/transkulturního ošetřovatelství, vnímavostí a pochopením, měla by mít vysokou komunikační kulturu, protože komunikace s nemocným může pomoci, a také ublížit*“ (Kutnohorská, 2013, s. 9).

1.5.1 Historie vzdělávání

Základy transkulturního ošetřovatelství byly položeny začátkem 50. let 20. století. Zakladatelkou byla americká profesorka ošetřovatelství Madeleine Leiningerová (Kutnohorská, 2013). Uvědomovala si potřebu vzdělávání sester v této oblasti, ale zároveň vnímala velké nedostatky v informovanosti, a proto se sama začala vzdělávat. V 60. letech 20. století poprvé použila termín transkulturní ošetřovatelství (Špirudová, 2006).

První kurzy a přednášky se z iniciativy Leiningerové konaly v letech 1965 – 1969 na katedře ošetřovatelství Coloradské univerzity v Denveru. Zde byl také iniciován první Ph.D., vzdělávací program pro sestry v oboru transkulturního ošetřovatelství a antropologie. Roku 1973 byla založena katedra transkulturního ošetřovatelství

na univerzitě ve Washingtonu. Leiningerová zde působila ve funkci děkana. V roce 1974 byla ustanovena Společnost pro transkulturní ošetrovatelství. Ústředním mottem společnosti je: „*Mnoho kultur – jeden svět*“ (Špirudová, 2006).

V roce 1978 se začal realizovat první magisterský a doktorandský program na univerzitě v Utahu. Byl však dlouho nedostupný až do roku 2001. Od roku 1982 mohou sestry studovat v postgraduálním vzdělávání transkulturní ošetrovatelství také na univerzitě ve Wayne. V 80. a 90. letech 20. století bylo otevřeno vzdělávání v transkulturním ošetrovatelství na mnoha dalších univerzitách po celém světě. Začaly se vydávat časopisy zabývající se touto problematikou, realizovaly se výzkumy, vznikaly sesterské organizace. Od roku 1989 začala Společnost pro transkulturní ošetrovatelství udělovat sestřím certifikáty. Tyto sestry mají za jménem uváděný titul CTN – Certified Transcultural Nurse (Špirudová, 2006).

Po roce 1990 získalo transkulturní ošetrovatelství status celosvětově uznávané odbornosti. Vzhledem k otevření hranic po roce 1989, a tím zvýšené migraci obyvatelstva na našem území se postupně začalo mluvit o transkulturním ošetrovatelství i u nás (Špirudová, 2006). Přesto to trvalo poměrně dlouhou dobu. Problematika transkulturního ošetrovatelství se u nás poprvé veřejně prezentovala až v roce 2000 na druhé konferenci s mezinárodní účastí v Olomouci, kterou pořádal Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Lékařské fakulty Univerzity Palackého (Nováková, 2008).

1.5.2 Současné možnosti vzdělávání v ČR

V České republice se v roce 2004 změnil způsob vzdělávání všeobecných sester. Na středních zdravotnických školách se v současnosti připravují na výkon povolání zdravotničtí asistenti, kteří posléze pracují pod odborným dohledem. Kvalifikační studium všeobecných sester se přesunulo na vyšší zdravotnické a vysoké školy (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

Profese sestry je regulována Evropskou unií a podléhá volnému pohybu sil na trhu práce. Tato profese tak nabývá širších rozměrů. K těmto rozšířeným rolím patří péče o pacienty rozdílných kultur a specifických komunit. Do přípravy těchto profesionálů

je zařazeno v ošetrovatelství nové odvětví a tím je transkulturní/multikulturní ošetrovatelská péče (Archalousová, 2006).

Na středních zdravotnických školách se multikulturní/transkulturní ošetrovatelství stále nevyučuje jako samostatný předmět. Podle rámcového vzdělávacího programu musí škola s touto problematikou žáky seznámit. V podstatě však záleží na každé škole, jak danou problematiku pojme a zahrne ji do výuky (Rámcový vzdělávací program, 2008).

Oproti středním zdravotnickým školám je na vysokých školách multikulturní/transkulturní problematice věnována větší pozornost.

Součástí studijního programu Ošetrovatelství, oborů Všeobecná sestra a Porodní asistentka je studijní předmět Ošetrovatelská péče v multikulturní společnosti (Archalousová, 2006). A také vznikla a vzniká řada projektů zabývajících se danou problematikou:

V letech 2002 – 2004 byly na katedře ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity za podpory grantů Ministerstva zdravotnictví řešeny projekty, které měly za cíl zpracovat učební texty pro bakalářský studijní program týkající se komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a implementace multikulturních přístupů. V roce 2005 vznikla učebnice Multikulturní ošetrovatelství I. a o rok později i Multikulturní ošetrovatelství II (Ivanová, 2005). Dalším výstupem dvouletého projektu „*Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*“ pro Ministerstvo zdravotnictví bylo v roce 2004 vydání Uživatelského manuálu pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR. Publikace nese název „*Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur – transkulturní péče v praxi*“. V publikaci jsou základní informace o transkulturním ošetrovatelství. Jsou zde základní pojmy, teorie multikulturních přístupů nebo současný přehled národností a kultur na našem území (Špirudová, 2004).

V současné době je prováděna řada výzkumů zabývajících se transkulturním přístupem. Velká většina probíhá právě na vysokých školách. Například na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích byl realizován výzkumný projekt s názvem „*Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných*

minoritách v České republice“. Výstupem z tohoto projektu pak bylo v roce 2013 vydání monografie „Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin“ (Tóthová, 2013).

V pregraduální přípravě nelékařských profesí má vzdělávání v multikulturní/transkulturní výchově hlavní místo. Je však potřeba dostat tuto problematiku i na úroveň středních zdravotnických škol, aby se budoucí zdravotničtí pracovníci začali připravovat na setkání s pacienty odlišných etnik a kultur co nejdříve. Vzhledem ke stále stoupajícímu počtu cizinců na našem území bude v budoucnosti i setkání s těmito pacienty v českých nemocnicích stále častější.

1.5.3 Teoretická východiska multikulturní péče

Madeleine Leiningerová nazvala svoji teorii teorií kulturní péče založené na různorodosti a všestrannosti. Tím je myšleno poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků kultur při poskytování ošetrovatelské péče. Tato teorie tvoří základ transkulturního ošetrovatelství (Špirudová, 2004).

Leiningerová definuje transkulturní ošetrovatelství takto: „*Transkulturní ošetrovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče, víry a praktiky individuů či skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi a/nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem*“ (Leininger, 2002, s. 46).

Součástí každé teorie jsou její východiska. Jsou to určité předpoklady, na kterých je stavěná teoretická práce a od kterých se odvozuje paradigma a části teorie (Špirudová, 2006). Předpoklady (asumpce) této teorie jsou:

1. Péče je univerzální fenomén, ale její pojetí, proces, formy a modely jsou kulturně podmíněné.
2. Péče je nevyhnutelná pro vývoj člověka, jeho růst, přežití i klidnou smrt.
3. Péče je nevyhnutelná pro léčení a vyléčení, bez péče není vyléčení.

4. Typy, modely a procesy lidské péče se odlišují mezi jednotlivými kulturami a subkulturami.
5. Péče má biofyzikální, kulturní, psychologickou, sociální a ekologickou dimenzi a kulturní koncepce umožňují pochopení ošetrovatelství v širších souvislostech.
6. Každá kultura má tradiční/laickou, /lidovou/ péči a profesionální /formální/ ošetrovatelskou praxi.
7. Hodnoty, víra, kulturní péče jsou zakořeněné v náboženských, rodinných, společenských, politických, kulturních, ekonomických a historických souvislostech.
8. Každá kultura popisuje sebed péči, ošetrovatelské praktiky a ošetrovatelský systém specificky.
9. Terapeutická ošetrovatelská péče může nastat jen tehdy, pokud se poznají a při poskytování péče využívají kulturní hodnoty, výrazy nebo praktiky.
10. Kulturní zhodnocení a všestranné způsoby péče jsou nevyhnutelné pro zdraví a blaho lidí, a to se promítá do úsilí sester po celém světě (Pavlíková, 2006, s. 66).

Jako teoretická východiska sloužily M. Leiningerové nejen holistické teorie, ale i některé pojmy z antropologie. Především se jednalo o pojmy jako: kultura (jsou to hodnoty, normy, životní styl jedince či skupiny, usměrňují jeho chování, jednání), dominantní kultura (hlavní kultura obyvatelstva, má na určitém území převahu, jedná se o kulturu skupiny, která je v daném sociálním celku dominantní kulturně, ekonomicky a politicky, avšak nemusí mít převahu početní) a subkultura (skupina odlišující se od dominantní kultury, ale zároveň je i její součástí, její příslušníci mají specifické hodnoty, normy, chování, životní styl...) (Pavlíková, 2006).

Teorie transkulturního ošetrovatelství je také známá pod označením Model vycházejícího slunce. „*Model vycházejícího slunce umožňuje sestram pochopit teorii transkulturní péče*“ (Pavlíková, 2006, s. 71). Jedná se o schéma, které vizuálně znázorňuje jednotlivé složky teorie:

Rozměr kulturní a sociální struktury – sociokulturní kontext je znázorněn jednotlivými paprsky slunce. Ty představují technologické, náboženské, filozofické, právní, politické, ekonomické, vzdělávací a rodinné faktory, kulturní hodnoty a životní styl. Všechny faktory jsou navzájem propojené a jejich vliv na jedince nelze chápat

odděleně. Paprsky slunce jsou ve vzájemné souvislosti s jádrem slunce, které je tvořené: znaky, modely, praktikami péče a zdravím. Všechny faktory ovlivňují to, jak jedinec vnímá zdraví, chorobu i způsob péče (Špirudová, 2004).

System péče – rozlišují se dva systémy péče, a to: tradiční a profesionální.

Tradiční systém – vztahuje se na způsoby péče, které praktikují příslušníci dané subkultury. Je nazýván také jako lidový či laický systém (Vrublová, 2011).

Profesionální systém – ten převládá v profesionálních institucích, kde pracují zaměstnanci různých povolání. Příslušníky tohoto systému jsou také sestry. Jedná se o formálně naučenou a přenesenou profesionální péči (Vrublová, 2011).

Oba systémy se od sebe mohou značně lišit. Právě transkulturní ošetrovatelská péče nabádá sestry poznat laický způsob péče a jeho kladné stránky pak zúročit při profesionální péči u klienta odlišné kultury (Vrublová, 2011).

Typy péče – poskytování péče je centrem ošetrovatelských aktivit. Leiningerová rozlišuje pojmy care (péče) – ta zahrnuje naučené a přenesené způsoby podpory a caring (poskytování péče) – jedná se o konkrétní ošetrovatelské činnosti, které tvoří ošetrovatelskou profesi (Pavlíková, 2006).

Transkulturní péče se realizuje třemi typy péče, které závisí na problémech a potřebách pacientů:

Kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví je zaměřená na zdravé i nemocné jedince. Zdravým je pomáháno pomocí různých podpůrných aktivit, nemocným sestry pomáhají se zotavit z jejich těžkostí (Špirudová, 2006).

Kulturní péče umožňující adaptaci, jedná se o intervence, kterými sestra pacientovi pomáhá adaptovat se na nové životní role a nové způsoby kulturní péče (Pavlíková, 2006).

Kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu zahrnuje činnosti sester, které pacientovi pomáhají úplně změnit nebo modifikovat způsob, jakým se stará o své zdraví (Pavlíková, 2006).

„V současné době je transkulturní ošetrovatelství mezinárodně uznávanou sesterskou odborností, je intenzivně rozvíjeno a považováno za integrální součást

holisticky pojmenované ošetrovatelské péče. Žádný jiný ošetrovatelský model či teorie v sobě nenese tak významné humánní poselství“ (Špirudová, 2006, s. 39).

A jak uvedla sama Leiningerová: *„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetrovatelství“ (Leiningerová, 2006, s. 2).*

Madeleine Leiningerová byla za svoji práci navržena na Nobelovu cenu (Špirudová, 2006).

1.6 Etické aspekty multikulturního ošetrovatelství

Etika je věda o morálce. V různých formách nás provází celý život. Je součástí kultury určité společnosti (Ivanová, 2005). Kultura, to jsou naučené sdílené a předávané hodnoty, přesvědčení, normy a zvyklosti určité skupiny lidí. Kultura ovlivňuje naše chování a myšlení (Kutnohorská, 2007). *„Ošetřování, ošetrovatelství je rovněž kultura. Péče o člověka ve zdraví a v nemoci patří ke kulturním projevům dané společnosti. Přestože kulturní jevy jsou často skryté, mají při ošetřování klientů a zkvalitňování jejich života velký význam, proto je nutné se jim věnovat“ (Kutnohorská, 2013, s. 52).*

Sestra by měla disponovat znalostí problematiky a ochotou učit se nové věci. K hluboké znalosti problematiky patří také schopnost provádět kulturní diagnostiku pacienta. Tím se vytváří vzájemná spolupráce založená na důvěře a úctě obou stran. Studovat kulturu je stejně důležité jako studovat fyziologii srdce a svalů v těle. Protože je to také ona, která ovlivňuje fungování člověka každý den. Kultura ovlivňuje mnoho aspektů zdraví, především to duševní. Při zajišťování kulturně přizpůsobené péče je potřeba nezapomenout, že každý jedinec je osobností s vlastním kulturním profilem. Sestra nemůže znát detailně všechny kulturní odlišnosti, právě proto by měla pozorně naslouchat nejen pacientovi, ale i členům rodiny, kdy se mnohdy může něčemu novému naučit (Kutnohorská, 2013).

Péči o obnovu zdraví musí sestra vykonávat v souladu s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a také jeho rodiny. Cílem multikulturního ošetrovatelství v praxi je poskytnout osobám s rozdílnou kulturou všestrannou

a kulturně specifickou péčí při podpoře zdraví, léčbě onemocnění, doprovázení ke klidné smrti prostřednictvím kulturně vhodných způsobů. I zde je potřeba připomenout dvě základní etické povinnosti sestry: ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí (Kutnohorská, 2013).

„Cílem ošetrovatelské etiky je mimo jiné humanizace mezilidských vztahů, snaha porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možnosti mu náležitě pomoci. Etika stojí na vlídném slově a trpělivém naslouchání. Etika je slušnost“ (Ivanová, 2005, s. 58).

1.6.1 Práva pacientů

Evropská porada Světové zdravotnické organizace o právech pacientů schválila v březnu 1994 dokument Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec. Jedná se o soubor zásad na podporu a uplatnění práv pacientů. Podmínky v jednotlivých zemích se mohou lišit a záleží na legislativě, systému zdravotní péče, kulturních a mravních hodnotách dané země. Na několika místech je zdůrazněno, že při poskytování zdravotní péče je třeba respektovat kulturu pacienta. V oddílu 1) „Lidská práva a hodnoty zdravotní péče“ se v bodě 5) uvádí: *„Každý má právo, aby byly respektovány jeho morální a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení“*. V oddílu 2) „Informovanost“ se v bodě 4) zdůrazňuje: *„Informace se musí pacientovi podávat způsobem vhodným pro jeho možnost pochopit ji, je nutné omezit na minimum technickou terminologii. Když pacient neovládá jazyk, v němž se s ním komunikuje, je třeba zajistit vhodnou interpretaci“*. V oddílu 5) nazvaném „Péče a léčba“ se v bodě 8) říká: *„Pacienti mají právo, aby se s nimi zacházelo důstojně ve vztahu k jejich diagnóze, léčbě a ošetření, a to při respektování jejich kultury a žebříčku hodnot“* (Ivanová, 2005).

V Evropské chartě práv pacientů z roku 2002 se v její první části – Základní práva – mimo jiné uvádí: článek č. 21 Právo pacienta na kulturní, náboženskou a jazykovou odlišnost. V článku č. 3 Právo na informace se uvádí, že každý jednotlivec má právo na přístup ke všem druhům informací, které se týkají jeho zdravotního stavu,

zdravotnických služeb a jejich využívání a všeho, co je dostupné na základě vědeckého výzkumu. Poskytování těchto informací však musíme přizpůsobit s ohledem na pacienta. Na jeho náboženská, etnická a jazyková specifika. V článku č. 4 Právo vyjádřit souhlas, se uvádí, že každý jedinec má právo na přístup ke všem informacím, které by mu umožnily spoluúčast při rozhodování o svém zdraví. Pacientovi se tedy musí poskytnout všechny informace, které souvisí s plánovanou léčbou. Musí být informován o všech souvisejících rizicích léčby, vedlejších účincích a možných alternativních postupech. Tyto informace mu musí být poskytnuty v dostatečném čase (nejméně 24 hodin) před plánovaným výkonem, aby se mohl pacient dostatečně rozhodnout. Pacient má právo léčbu odmítnout, může také změnit svůj názor již během prováděné léčby a odmítnout její pokračování. Také má právo odmítnout informace o svém zdravotním stavu. V článku č. 12 Právo na léčbu zohledňující osobní potřeby se říká, že každý jednotlivce má právo na diagnostické a léčebné programy, které jsou co nejvíce přizpůsobené jeho osobním potřebám. Systém zdravotní péče v zemích Evropské unie by měl respektovat nejen hodnoty většiny obyvatel dané krajiny, ale i hodnoty příslušníků jiných kultur a etnik žijících na území konkrétního státu. (Líšková, 2006).

Mezinárodní kodex sester (ICN z roku 1973) uvádí, že sestra je odpovědná především těm lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Při poskytování ošetrovatelské péče by sestra měla podporovat prostředí, ve kterém budou respektovány hodnoty, tradice a duchovní přesvědčení jedinců. Při ošetrování pacientů se však může stát, že se sestra dostane do konfliktu s různými hodnotami a profesním očekáváním. Může se stát, že víra, tradice a hodnoty pacienta se dostanou do konfliktu s profesními povinnostmi. Každá taková situace vyžaduje od sestry, aby si znovu uvědomila svou primární odpovědnost vůči lidem, kteří její péči potřebují (Ivanová, 2005).

Nejzákladnějším principem, na němž musí stát celá zdravotnická etika je respekt. Respekt k důstojnosti každého jednotlivce a k jeho právům, ošetrování všech jeho dimenzí a samozřejmě, že zdravotník musí stát vždy na straně nemocného (Munzarová, 2005).

1.6.2 Etické povinnosti sestry

Etické povinnosti se vztahují na všechny role, které sestra během poskytování ošetrovatelské péče plní. Také v multikulturním/transkulturním ošetrovatelském přístupu by měla sestra tyto povinnosti plnit, a to mnohem citlivěji než při kontaktu s pacientem stejné kultury a etniky (Ivanová, 2005).

Kromě ústřední a profesní etické povinnosti, kterou je pečování, to jsou: obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce (Kutnohorská, 2007).

Obhajoba se definuje jako aktivní podpora důležitého případu. V právním kontextu obhajoba znamená obranu základních lidských práv jménem těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Termín obhajoba se také využívá k popisu vztahu mezi sestrou a pacientem. Existuje několik interpretací, například: Model ochrany práv – kdy je sestra chápána jako obránce pacientových práv v systému zdravotní péče. Sestra pacienta informuje o jeho právech, kontroluje, zda jim rozuměl, informuje o jejich porušení a snaží se předcházet právě tomu, aby byla porušována. Model rozhodování založený na hodnotách – sestra je chápána jako osoba, která pomáhá pacientovi hovořit o jeho potřebách, zájmech či rozhodnutích, které vznikají v souladu s hodnotami a životním stylem pacienta. Model respektu vůči lidem – pohlíží na pacienta jako na člověka, který by se měl respektovat. Jako obhájce musí sestra zvážit základní lidské hodnoty pacienta a poté jednat na ochranu jeho lidské důstojnosti, soukromí a rozhodnutí. Pokud není pacient schopen vlastního rozhodování, obhajuje jeho rozhodnutí, tak, jak jej definoval předtím, než onemocněl, nebo tak jak ji definují členové jeho rodiny. V koncepci obhajování jsou zahrnuty dva obecné etické principy, kterými jsou poctivost a respekt k lidské důstojnosti (Kutnohorská, 2007).

Odpovědnost je velmi důležitý etický princip. Tím, že si sestra zvolila své povolání – poskytovat ošetrovatelskou péči, vzala také na sebe odpovědnost, že tuto péči bude poskytovat v souladu se všemi standardy praxe a s morálními hodnotami své profese (Kutnohorská, 2007). Právní odpovědnost je specifikována zákony – legislativou. Morální odpovědnost je specifikována etickým kodexem (Ivanová, 2005).

Povinnost je často uváděna společně s odpovědností. V ošetrovatelství je odpovědnost spojena s plněním povinností vůči pacientovi. Mezi základní povinnosti

sestry patří: podpora zdraví, předcházení onemocnění, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. V rámci realizace těchto povinností se od sester očekává poskytování ošetrovatelské péče nejen jednotlivcům, ale i rodinám a komunitám (Kutnohorská, 2007).

Spolupráce při poskytování zdravotní péče je základem pro pacientovu pohodu. Sestra je často primárním odborníkem při vytváření spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Etický kodex sester říká, že sestra udržuje vztahy se svými spolupracovníky v ošetrovatelství i v jiných oblastech vztahy spolupráce. K principu spolupráce patří také vlastní pečování (Kutnohorská, 2007). Poskytování vlastní péče má ve vztahu pacienta a sestry důležitou hodnotu. Výzkum americké profesorky ošetrovatelství Madeleine Leiningerové ukazuje, že péče má přímý vztah k lidskému zdraví. Poukazuje na to, že rozdílné ekologické, kulturní, sociální a politické kontexty ovlivnily zdravotní péči a přežití lidské rasy. Výzkum rovněž dokazuje, že pečovatelské jednání praktikují všechny kultury a komunity. Toto jednání chrání přežití lidstva (Ivanová, 2005).

1.6.3 Etické zásady při poskytování multikulturní péče

„Léčba a péče má být poskytována nezávisle na národnosti, etnickém původu, náboženství a vyznání, politických a světových názorech, sociálním statusu, stáří, pohlaví, nemoci a zdravotním postižení. K tomu je důležité mít znalosti o etnických skupinách, minoritách, kulturních hodnotách, ale obzvláště znát také vlastní kulturu“ (Ivanová, 2005, s. 56).

V multikulturním/transkulturním ošetrovatelství existuje pět zásad poskytování ošetrovatelské péče: zásada morální spravedlnosti a rovnosti, zásada kulturní ohleduplnosti a dodržování lidských práv, zásada obecného prospěchu (konání k prospěchu člověka), zásada sloužit druhým a chránit je před destruktivními vlivy a konečně zásada monitorování etických a morálních veličin (Ivanová, 2005).

Kromě těchto zásad nám pomáhají orientovat se v této rozsáhlé etické problematice také základní etické principy. Jsou to: autonomie – každý má právo určovat své vlastní chování a jednání podle etických struktur, které si osvojil. Dále je to beneficence

(prospěšnost) – jedná se o závazek sestry konat dobro ve prospěch pacienta a zabránit, aby došlo k zanedbání péče. Důvěryhodnost – je to povinnost zůstat věrná svým závazkům a držet se jich. Patří sem například dodržování slibů či zachování mlčenlivosti. Spravedlnost – znamená zachovat stejnou péči pro všechny osoby bez rozdílu kultury či postavení pacienta. Posledním principem je pravdomluvnost. Je to závazek říkat pravdu nejen druhým, ale v jistém smyslu sobě samým. V multikulturní péči si však musíme uvědomit, že ne ve všech kulturách je pravdomluvnost chápána stejně. V některých kulturách se sděluje pravda nejprve rodině, až poté pacientovi. Někdy má však rodina právo si tuto informaci ponechat pro sebe (Ralbovská, 2010).

„Kulturní pravidla určitých etnik mohou být pro nezasvěcené někdy těžko pochopitelná, ale mají mocný vliv na rozhodování. Ošetřování je kultura a má kulturní a etickou hodnotu“ (Ivanová, 2005, s. 59).

Pokud chceme poskytovat eticky vhodnou péči pacientovi z odlišné kultury, musíme o něm nejprve získat všechny dostupné informace. Tyto poznatky se zaměřují na daného jednotlivce i celou rodinu. Zjišťujeme rodinné role, struktury domácnosti, dynamiku rodiny, rozhodování v rodině. Důležité jsou domněnky týkající se původu nemoci, léčby nebo praxe lidových léčitelů. Jako u každého pacienta nás bude zajímat jeho denní režim, práce, odpočinek. Důležité jsou náboženské preference, které mají vliv na pojetí zdraví a nemoci, na terapii a všední život. Zjistit musíme také to, co je v tomto spojení komunikační tabu. Zvláště u pacientů z arabských zemí pak také vztahy mezi pohlavími a vztah se zdravotnickým personálem. Všechny tyto aspekty jsou důležité. Není však vhodné se na všechny přímo dotazovat. Setra musí dané poznatky zjišťovat nejen rozhovorem, ale také si jich všimnout v průběhu poskytování ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2013).

„K základům etiky patří vlídné slovo a trpělivé naslouchání a v multikulturní komunikaci to platí dvojnásob. Žádná kultura není dokonalá, ale přesto každá svým způsobem vytváří podmínky pro život tisíců a milionů lidí, kteří k ní přísluší“ (Kutnohorská, 2013, s. 72).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit zkušenosti arabských P/K s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví.

Cíl 1: Zjistit nejčastější problémy při ošetřování arabských P/K z pohledu sester.

Cíl 2: Zjistit zkušenosti arabských P/K při kontaktu se zdravotnickým personálem.

Cíl 3: Zjistit rozdíly v poskytování zdravotní péče v České republice a v arabských zemích.

2.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví.

VO 1: Jaké jsou nejčastější problémy při ošetřování arabských P/K z pohledu sester?

VO 2: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K při kontaktu se zdravotnickým personálem?

VO 3: Jaké jsou největší rozdíly v poskytování zdravotní péče v ČR a arabských zemích?

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly s respondenty pocházejícími z arabských zemí a dále se všeobecnými sestrami. Pro každou skupinu respondentů byl určen jiný druh otázek. Shodovaly se v některých společných tématech. Jako byla komunikace nebo přístup zdravotníků.

Respondenti byli vyhledáváni pomocí techniky snowball. Prvním respondentem byl můj příbuzný. Ten poté poskytl kontakt na další respondenty, kteří se zapojili do výzkumného šetření, a zároveň uvedli jména dalších potenciálních respondentů.

Sběr dat pak probíhal pomocí rozhovorů, které byly vedeny převážně v českém jazyce. U respondentů, kteří nemluví česky, probíhal rozhovor v arabském jazyce za přítomnosti tlumočnicka. Někteří respondenti žijí v současnosti v zahraničí, proto byly rozhovory zaslány pomocí e-mailové pošty, popřípadě doplněny rozhovorem po telefonu.

Rozhovory byly doslovně přepsány do programu Microsoft Office Word 2007. V rozhovorech se poté hledaly společné znaky k dané problematice pomocí metody tužka - papír.

Výsledky z výzkumného šetření respondentů pak byly rozděleny do čtyř oblastí: Setkání s českým zdravotnictvím, Přístup zdravotníků, Pohled na české zdravotnictví a sestry a Srovnání zdravotní péče. Výsledky, které vyplynuly z rozhovorů se sestrami, byly rozděleny do dvou oblastí: Kontakt s arabským pacientem a Multikulturní ošetrovatelství. Ke každé oblasti pak bylo zpracováno obrázkové schéma v programu XMind 6.

Šetření probíhalo v období prosinec 2014 – březen 2015.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

K výzkumnému šetření byli vybráni respondenti, jejichž zemí původu je některý arabský stát. Dalším kritériem výběru bylo, že se respondenti setkali se zdravotní péčí v České republice, a to buď ve formě ambulantní či lůžkové. Všichni respondenti zde mají trvalý, dlouhodobý či krátkodobý pobyt. Celkový počet respondentů byl 17.

K doplnění hlavního výzkumného šetření byly realizovány rozhovory také se všeobecnými sestrami. Kritériem pro tento výběrový soubor bylo, že během výkonu svého povolání sestry poskytovaly ošetrovatelskou péči pacientům z arabských zemí. Celkový počet tvořilo 10 všeobecných sester.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory s arabskými P/K

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

R*	Věk	Zaměstnání	Země původu	Náboženství	Pobyt v ČR	Počet let v ČR	Důvod příjezdu
R1	36 let	Diplomat	Sýrie	Islám	Dlouhodobý	1,5 roku	Práce
R2	57 let	Úředník	Sýrie	Islám	Trvalý	32 let	Studium
R3	34 let	Diplomat	Sýrie	Křesťanství	Dlouhodobý	15 měsíců	Práce
R4	48 let	Úředník	Sýrie	Islám	Trvalý	28 let	Studium
R5	59 let	Úředník	Sýrie	Islám	Trvalý	31 let	Studium
R6	31 let	Novinář	Kuvajt	Islám	Krátkodobý	2-3 měsíce	Rekreace
R7	65 let	V důchodu	Sýrie	Křesťanství	Trvalý	40 let	Studium
R8	67 let	Lékař	Sýrie	Křesťanství	Trvalý	46 let	Studium
R9	58 let	Novinář	Sýrie	Křesťanství	Trvalý	40 let	Studium
R10	27 let	Student	Kuvajt	Islám	Trvalý	9 let	Studium
R11	42 let	V domácnosti	Sýrie	Islám	Trvalý	6 let	Rodina
R12	65 let	Novinář	Irák	Islám	Trvalý	36 let	Emigrace
R13	66 let	V důchodu	Irák	Islám	Trvalý	37 let	Emigrace
R14	51 let	Podnikatel	Sýrie	Islám	Trvalý	18 let	Práce
R15	43 let	Prodavač	Alžírsko	Islám	Trvalý	20 let	Rodina
R16	34 let	V domácnosti	Maroko	Islám	Dlouhodobý	30 měsíců	Rodina
R17	42 let	Podnikatel	Sýrie	Islám	Trvalý	17 let	Práce

* Respondenti

Tabulka 1 ukazuje věk jednotlivých respondentů, jejich současné zaměstnání, zemi původu a náboženství, které vyznávají. Dále je zde uveden druh pobytu respondentů na území České republiky. Pobyt v ČR pro cizince ze třetích států se dělí na: krátkodobý pobyt (maximálně 3 měsíce), dlouhodobý pobyt (prvních 5 let) a trvalý pobyt (po 5 letech nebo dříve). V tabulce je dále uveden počet let respondentů na českém území a důvod příjezdu do České republiky.

Oblast I. Setkání s českým zdravotnictvím

Důvod ošetření

Všichni respondenti, se kterými probíhal rozhovor, se setkali se zdravotní péčí v České republice. Formu ambulantní péče využilo 13 respondentů. Hospitalizováno pak bylo 14 respondentů. Nejčastěji se jednalo o hospitalizaci z důvodu operace, porodu nebo interního onemocnění. Respondent 10 uvedl: „... kvůli tuberkulóze, pracoval jsem v sekáči a tam jsem to chytil.“ Respondent 9 uvedl: „Byl jsem v nemocnici na urologii v Praze, kdy jsem měl kámen v močových cestách. A taky jednou mě praktička chtěla hospitalizovat, když mi dělala to vyšetření srdce (EKG) a řekla, že mám infarkt, tak to jsem se lekl, ale v nemocnici mě znovu vyšetřili a zjistili, že když mi to dělala, tak tam jeden čudlík (svod) upadl, protože mám chlupy na hrudníku, a ona mně diagnostikovala infarkt...“. Ostatní respondenti byli hospitalizováni například kvůli operaci ucha, kýly, srdce (by-pass) nebo odstranění mandlí. Respondent 5 uvedl: „...pořád mi hnivaly, a jak pocházím z teplých krajín, pokaždé jsem měl problémy, tak mi doktor poradil, ať si je nechám vyndat.“ Dvě respondentky pak v českých porodnicích porodily své děti.

První setkání s českými zdravotníky

Na většinu respondentů působili při prvním setkání čeští zdravotníci dobrým dojmem. Pečlivě je vyšetřili, chovali se k nim hezky. Respondent 9 uvedl, že se poprvé setkal s našimi zdravotníky v době před 40 lety, kdy poprvé přijel do Čech: „...vzali nás na celkové vyšetření... asi to bylo v pořádku, protože si nepamatuji nic negativního.“

Další respondent 17 byl velmi spokojen a nemůže si na nic stěžovat, stejně tak respondent 11, který uvedl, že s ním personál zacházel velmi dobře a výborně o něj bylo postaráno. Opačnou zkušenost však má respondent 10: „Takový zvláštní, oni nevěděli, jak se mají ke mně chovat, když jsem řekl, že nejím vepřové, tak mi dali takový to vegetariánský jídlo. Ale stalo se mi, že jsem v polévce našel jednou vepřový. Nevím, jestli to tam dali třeba naschvál, a nechtěli se omluvit za to, že tam je. Tak to jsem byl docela naštvaný.“ Také respondentka 16, která byla hospitalizována jako doprovod s malým synem na dětském oddělení, měla negativní zkušenost z prvního setkání:

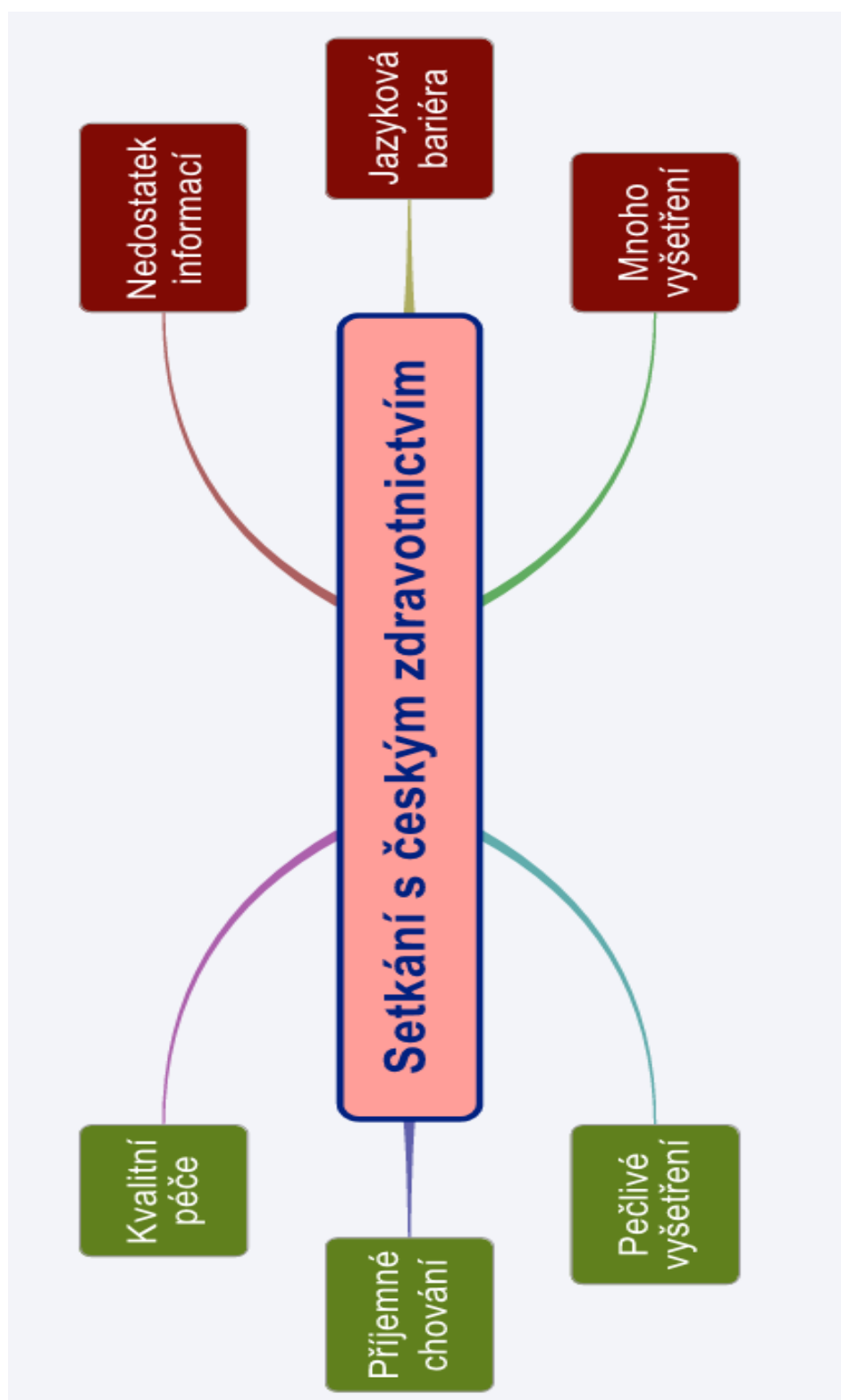
„...myslím, že nevěděli, jak se ke mně chovat. Nejhorší bylo, že neumím česky a sestry zase neumějí anglicky ani jiný jazyk, takže domluva byla obtížná.“ Celkem však u respondentů převažují pozitivní dojmy z prvotního setkání s českými zdravotníky.

Informace o nároku na zdravotní péči v ČR

Informovanost respondentů o tom, jak v České republice funguje zdravotní péče a na jaké ošetření mají nárok, není moc velká. Respondentka 1, která je na našem území 1,5 roku, řekla: *„Ze začátku jsem neměla žádné informace. Šla jsem poprvé za gynekoložkou a ta mě doporučila jít do Motola. V Motole je Orgán péče o cizince, který má na starosti jenom cizince. Ti byli první, s kým jsem v Motole komunikovala, ti mně určili, na jaké mám jít oddělení, a informovali pojišťovnu. Tady mluvili různými jazyky a jedním z nich byla i arabština.“*

Respondent 6 pobývá v České republice pravidelně každý rok většinou dva až tři měsíce. Jezdí sem kvůli rekreaci a také českému zdravotnictví. Považuje ho za daleko kvalitnější než v jeho rodné zemi. Tento respondent platí vždy hotově. Neví proto, jaký zde funguje systém ani se o to nikdy nezajímal. Také respondent 15, který u nás žije již 43 let a má zde trvalý pobyt, zpočátku neměl dostatek informací. *„Ne neměl. Museli mi to zdravotníci vysvětlovat. A taky příbuzní, kteří tu už žili déle.“* Stejnou zkušenost uvádí i respondentka 16: *„Skoro vůbec, ale máme tady známého lékaře, tak mi poradil, jak to tady funguje. Ale jinak v nemocnici mi moc neporadili. Bylo to docela těžký. Manžel byl pořád v práci a já s malým v nemocnici v cizí zemi, kde jsme se strašně špatně domluvili.“* A respondent 9 řekl, že informace neměl a nevěděl, jak to zde funguje. Více informací získal, až při studiu většinou od českých spolužáků. Také respondent 10 zjistil potřebné informace od kamarádů, protože zdravotníci mu nedokázali v této oblasti poradit. Naopak respondent 14 uvedl, že podle něj měl dostatek informací už na začátku pobytu.

Schéma 1 Setkání s českým zdravotnictvím



Oblast II. Přístup zdravotníků

Diskriminace, odlišný přístup zdravotníků a komunikace

V této oblasti vyšel z výzkumného šetření velice pozitivní výsledek. Žádný z respondentů se nesetkal s diskriminací v českém zdravotnictví. Pouze respondent 10 uvedl, že se na něho zdravotnický personál nemocnice díval zvláště, když zjistili, že je muslim, ale nepokládá to přímo za diskriminační přístup.

Většina respondentů také uvedla, že zdravotnický personál přistupuje stejně ke všem pacientům bez ohledu na to, zda se jedná o českého občana nebo cizince. Respondent 4 uvedl: *...nikdo to neřešil, ani barvu, ani přízvuk.* Respondent 14 si myslí, že přístup personálu je pro všechny až moc jednotný: *...jenom by je mohlo napadnout, že když jsem Arab, tak třeba nejím vepřové. Takže první den v nemocnici jsem jedl jenom brambory, ale pak mi to už změnili na to jídlo bez masa.*

Respondentka 16 žije v České republice 30 měsíců. Doprovází manžela, který zde nějakou dobu bude pracovat. Při hospitalizaci v české nemocnici cítila odlišné chování zdravotníků k její osobě. *...řekla bych, že se mě z počátku trochu báli. Nevěděli, co můžou a co ne. Nosím jenom zakryté vlasy, jinak chodím odhalená, ale přesto se někteří tvářili divně.* Naopak respondent 9 uvedl, že pokud k němu zdravotníci někdy přistupovali trochu jinak než k českým pacientům, je to jedině dobře: *...více se snaží vysvětlit diagnózu a tak. Ptají se, zda jsem všemu rozuměl.*

Každý pacient vnímá chování ostatních lidí, a tedy také přístup personálu svými očima. Je to tedy jeho subjektivní názor. Některý pacient může být citlivější než druhý. Je proto důležité si takové věci uvědomit, zvláště při kontaktu s pacientem cizincem. Negativní první dojem totiž může znepříjemnit další spolupráci a rozhodnout o tom, jak bude pacient vnímat zdravotnictví a personál při dalších návštěvách.

Většina respondentů v České republice žije a pracuje mnoho let. Naučili se proto český jazyk. Komunikují tedy s ošetrovatelským personálem česky. Kromě toho ještě ovládají většinou angličtinu a také francouzštinu. Respondenti, kteří zde mají pouze přechodný nebo krátkodobý pobyt, češtinu neovládají. Taktéž však ovládají minimálně jeden světový jazyk, nejčastěji angličtinu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že právě jazyková bariéra mezi pacienty a ošetřujícím personálem je největší překážka

při poskytování péče. Někteří raději chodí k lékařům pouze s doprovodem, který jim tlumočí. Respondentka 1: „*Gynekoložka moc anglicky nemluvila. Proto jsem chodila s doprovodem (spolupracovnice), která umí česky a překládala. Lékaři v Motole se mnou mluvili dobře anglicky. Sestry však moc anglicky nemluvily. Se zdravotními sestrami jsme se domlouvaly rukama, nohama.*“ Stejně jako respondent 10. Ten již nyní hovoří česky. V začátcích svého pobytu na českém území však komunikoval „*rukama, nohama*“, přestože on angličtinu ovládá. Také respondentka 16 uvedla, že právě jazyková bariéra pro ni představuje velký problém. „*...alespoň někteří lékaři mluví anglicky, ale ne všichni. Stalo se mi, že jsem byla na vyšetření s jednou sestřičkou, která trochu uměla anglicky. Ale doktor řekl, že to zvládneme sami. Pak na mě celou dobu mluvil česky hrozně pomalu. Asi si myslel, že mi to nějak pomůže mu rozumět, takže jsem vlastně vůbec nevěděla, co synovi dělal a co bude následovat. Bylo to hrozné, protože jsem ani syna nemohla uklidnit, když jsem nevěděla, co bude následovat.*“

Respondentka 11 rodila v české nemocnici v Praze. Ovládá pouze arabštinu a základy angličtiny. Za českými lékaři chodí výhradně s manželem, který umí česky. Při hospitalizaci v nemocnici uvádí, že to pro ni bylo velmi těžké, protože personálu nerozuměla. Z toho také vyplynulo velké nedorozumění, které popisuje její manžel (R5): „*Nabídl jí nadstandardní pokoj a manželka, ona neumí moc česky tak říkala, že budou chtít 1000 Kč na týden. Což jsem říkal, že zaplatím. Ale nakonec to byla cena za den, takže jsem jim řekl, ať ji přestěhují na normální pokoj. Takové věci mají řešit, když jsem u ní, když nerozumí česky, nebo zavolat tlumočnicka.*“

Výběr lékařů

Zajímavé jsou výsledky v oblasti výběru lékařů. Respondentům záleží na kvalitě lékaře, nikoliv na tom, zda se jedná o jejich krajana. Někteří dokonce raději vyhledávají české lékaře. Respondent 9 uvedl: „*Záleží na kvalitě lékaře, jinak je mi to jedno. Nezáleží, odkud pochází. Ale arabské moc nevyhledávám, preferuji spíše české.*“ Také respondenti 7, 13 a 15 řekli, že vyhledávají raději české lékaře, protože jsou podle nich kvalitnější. Pokud již respondenti odpověděli, že jdou raději k arabskému lékaři,

důvod je tam jediný. A to komunikace. Respondent 6: „Je to jedno, ale raději k arabským. Lépe se s ním dorozumím.“

Respondent 17 zde žije již 42 let a česky umí. Přesto uvedl, že: *...někdy je lepší navštívit arabského (lékaře) kvůli jazyku. Moje čeština není úplně nejlepší. Takže když český lékař mluví odborně, tak tomu nerozumím.*

Změny v chování zdravotníků a zdravotnictví

Respondenti také dostali možnost vyjádřit se k chování zdravotníků a k jejich přístupu k pacientům. Kdyby byla ta možnost, jestli by něco změnili. Někteří respondenti uvedli, že by neměnili vůbec nic. Respondent 13 dokonce uvedl, že: *„Zacházení je výborné. Nepotřebuje zlepšení.“* Velká většina by však přeci jenom něco změnila. Objevily se názory, že především sestry by se měly naučit lépe komunikovat v angličtině. I další názor se týká především v ulehčení komunikace se zdravotníky. Což vyjádřil respondent 12: *„Navrhuji, aby měli v nemocnici tlumočnicka.“*

Další respondenti postrádají dostatek informací nejen o samotném zákroku, ale také následné pooperační péči: *„...já jsem byl v nemocnici na operaci kýly a měl jsem zůstat v lůžku, ale mi horko po operaci, tak jsem se zvedl a šel jsem otevřít okno. Na to mě viděla sestra a řekla, prosím vás vy nemůžete vstávat z postele, vy jste tři hodiny po operaci. Tak ona na mě byla našťavaná samozřejmě, takže reagovala tvrdě, můžu říct... Nikdo mě předtím neupozorňoval, že nemůžu vstávat...“* Podobný názor vyjádřil i respondent 9: *„Lékaři jsou tady hrozně tajemní. Nevysvětlují, co a proč budou dělat. Je pravda, že tady stále je takový ten přístup, že doktor je pan někdo a většina pacientů se bojí pak na něco zeptat.“* Na problematiku informovanosti pacientů si stěžoval také respondent 4: *„Někdy je to hroznej chaos. Každý lékař vám řekne trochu něco jiného. Pošle vás jinam a pak se v tom člověk už ztratí. Už pak nevím, kam co, jak a proč.“*

Za další negativní věc označili respondenti velmi dlouhé čekací doby u lékařů, přestože je pacient objednaný a dlouhé termíny na objednání. Respondent 9 řekl: *„...objednám se v červnu a on mě vezme až v prosinci, musí si to pacient hrozně*

dopředu všechno naplánovat.“ Respondent 8 řekl, že se mu nelíbí krátká pracovní doba především praktických lékařů. Také respondentka 1 uvedla: *„Všimla jsem si tady, že přestože je člověk objednaný, hrozně dlouho zde čeká.“*

Jako velmi nevhodné respondenti považují úplacení lékařů. Respondent 9: *„A taky se mi nelíbí ty úplatky, co nosejí. Čokolády, flašky a tak. To je nevhodné.“* Respondent 5 dokonce zažil situaci, kdy si o úplatek řekla sama lékařka. Jeho manželka byla těhotná. Protože mluví pouze arabsky a trochu česky, manžel ji doprovázel na všechna vyšetření. *„Chodili jsme k jedné ženské doktorce. Manželka byla pojištěná a všechno až do 8 měsíce bylo v pořádku. Nosili jsme doktorce drobné dárky a tak. Ale potom mi doktorka napsala zprávu: pane H., musíme se domluvit na detaily. Jel jsem teda za ní. Říkala, že jestli chceme nadstandardní péči, musíme platit 10 000 Kč. A já se ptám, co to znamená. A ona říkala, že manželka bude muset na císařský řez, že jestli to zaplatím, určí mi machra doktora, který to bude dělat. Takže to bude za 10 000 Kč, když máte zdravotní pojištění. A tak jsem se ptal na standard. A ona říkala, že když přijde a chce porodit, tak v té nemocnici možná nebude místo. Když už manželka vypadala, že rodí, tak jsem té doktorce volal, a ona, že přijde, ale nezapomeňte na ten dar. Po porodu přišla se doktorka na holčičku podívat, no a za to dostala těch 10 000 Kč. Když mi ta doktorka řekla, že když to nezaplatím, tak možná nebude místo, tak mě vystrašila. Jsem si řekl, že teda někde ještě porodí v autě. Proto jsem to radši zaplatil.“*

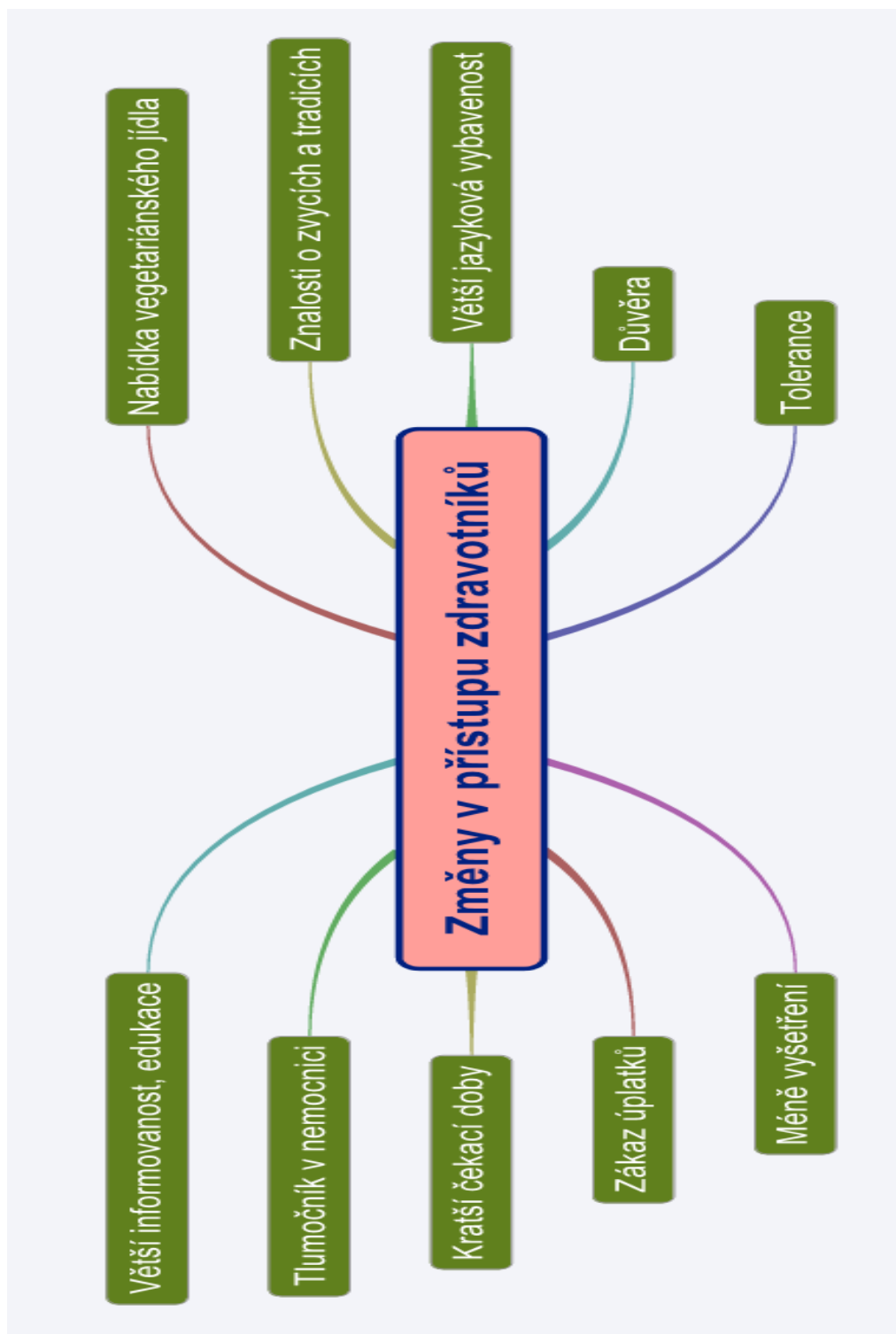
Respondentka 3 uvedla, že české zdravotnictví je kvalitní, ale nelíbí se jí velké zobecňování věcí: *„Obrátím se na lékaře s jednou věcí a dělají mi sérii vyšetření a v podstatě zapomínají na to původní, s čím jsem tam přišla.“* Časté kontroly a série vyšetření ji také odradily od dalšího těhotenství: *„Chtěla jsem tu mít další dítě, ale když jsem viděla, kolikrát musejí těhotné ženy chodit tady na kontrolu k lékaři, tak mě to odradilo. Předtím jsem pracovala v Bruselu a zdravotní systém je tam na vyšší úrovni. Porodila jsem tam dvě děti a k doktorovi jsem chodila jen jednou měsíčně. Tady je ta péče příliš velká.“*

Respondenti si také povšimli občasné nedůvěry zdravotníků k jejich původu či náboženskému vyznání. Respondentka 16 uvedla: *„...že jsem muslimka přeci neznamená, že se mnou nemohou mluvit. Většinou mladší sestry byly moc hodné*

a snažily se se mnou mluvit, i když anglicky uměly jen trochu. Ty starší se mnou nemluvily vůbec, takže jsem se od nich nic nedozvěděla.“ Podobnou zkušenost uvedl i respondent 10: *„Nemuseli by se tvářit tak překvapeně. Jako by se báli, když jsem řekl, že jsem muslim, ale jinak se chovají profesionálně.“* S islámem také souvisí problematika stravování. Respondent 17 by neměnil nic kromě toho, aby byla v nemocnici automaticky nastavená možnost objednat vegetariánské jídlo.

Aktuální problém shrnul do své odpovědi respondent 15: *„Lidé pracující ve zdravotnictví by se mohli seznamovat se zvyky a tradicemi pacientů pocházejících z cizích zemí, aby nebyli pak překvapení, když se setkají s cizincem.“*

Schéma 2 Změny v přístupu zdravotníků



Oblast III. Pohled na české zdravotnictví a sestry

Důvěra v české zdravotnictví

Všichni respondenti vyjádřili důvěru v české zdravotnictví. Respondent 4 uvedl: *„Každý systém má svoje mouchy, ale když to bereme komplexně, tak je to na dobré úrovni. Důvěru mám.“* Také respondent 6 věří ošetřujícímu personálu a do České republiky jezdí právě proto, že má v české zdravotnictví velkou důvěru a považuje ho za kvalitnější než v jeho rodné zemi. Respondent 5, který zde žije 59 let a ne vždy byl s péčí spokojený, ale důvěru v české zdravotnictví má přesto velkou. *„Důvěru mám, medicína je tady hodně rozvinutá. Celkově to hodnotím pozitivně. Byl jsem tolikrát u doktora a chovají se hezky. Není tu žádná diskriminace, jestli jsem Arab a mluvím s přízvukem. Jsem spokojený.“*

O něco odlišnější názor má respondentka 1. Českému zdravotnictví věří, ale pamatuje si i na negativní věci, které považuje za velmi nevhodné: *„Negativní věc jsem zažila, že moje maminka tu byla jednou hospitalizovaná kvůli vysokému krevnímu tlaku. A na ošetření čekala 2 hodiny, přestože jí nebylo dobře.“* Na dlouhé čekání u lékařů si stěžovala většina respondentů.

Svým lékařům a ostatnímu personálu však respondenti věří a většinou jsou s poskytovanou péčí spokojeni.

Práce českých všeobecných sester

Respondenti velmi oceňují práci sester. Hodnotí je jako výborné, kvalitní, pečlivé a profesionální. Respondent 8 uvedl: *„Jejich profesionální úroveň je velmi vysoká.“* Také respondent 11 si práci sester chválí: *„Myslím, že tady dělají práci na profesionální úrovni a s lidským přístupem.“*

Respondent 4 uvedl: *„V nemocnici jsem s nima byl spokojený, nevím, jestli ony se mnou, ale já jo. Pomáhaly mně, když jsem nemohl chodit sám na záchod, tak šly se mnou. Nebyl tam žádný problém.“* Spokojený byl i respondent 5: *„Sestry jsou tady obětavé a vykonávají svoji práci profesionálně. Tady mají těžší práci než v Sýrii, protože dělají, co mají. Vykonávají svoji práci dokonale.“* Respondent 7 si myslí, že jsou sestry daleko trpělivější než lékaři: *„Dobrý, je to lepší než u lékařů.“*

Jsou s pacientem více v kontaktu a jsou trpělivé oproti lékařům. Vždycky mi všechno vysvětlily, co a jak mi budou dělat.“

Dále si respondenti myslí, že je jejich práce nedoceněná a málo placená. Respondent 9 uvedl: *„Jsou pracovitě, mají lidský přístup, ale jsou tu velmi nedoceněné, mají nízký plat. Bez nich by byla atmosféra v nemocnici špatná. Jsou na velmi dobré profesionální úrovni. Vysvětlují pacientovi, co je potřeba, zvláště potom, když lékař mi to pořádně neřekne nebo mu nerozumím. Je mi jich líto, že mají hodně práce, ale málo peněz.“* A respondent 14 řekl: *„Mají k pacientům humánní a profesionální přístup, ale jejich práce je velmi těžká a řekl bych nedoceněná.“*

Některým respondentům se nelíbí, že většina sester není schopna komunikace s pacientem v angličtině, což u cizinců představuje značný problém. Respondent 1 řekl: *„Myslím, že jsou pečlivé a hodné, ale moc s cizincem nemluví. Jen pár slov anglicky.“* Podobný názor vyjádřil i respondent 10: *„Nemají to tady jednoduché. Dělají hodně práce a pak když to nestíhají, tak to odnese me jako pacienti, že nejsou příjemné a nemají na nás čas. Taky moc nemluví anglicky.“* Přidává se i respondentka 16: *„Hodně záleží na stáří těch sester, ale jinak si myslím, že svoji práci dělají odpovědně a kvalitně. Škoda jenom, že neumí většinou jazyky. Hrozně by to pomohlo a ulehčilo práci oběma stranám.“*

Zajímavý názor vyjádřil respondent 15: *„Je to podle lékaře. Když je doktor dobrý, tak pak sestra je taky dobrá a obráceně. Většinou jsem to tak zažil, takže ta práce se odvíjí od lékaře.“*

Sestra a nošení šátku při výkonu svého povolání

Názory respondentů na nošení šátků v nemocnici, vyjadřující náboženské přesvědčení sester, byly velmi různorodé.

Někteří respondenti se vyjádřili, že by jim šátek u sester nevadil. Že více záleží na tom, jak sestra pracuje, než na tom, co nosí na sobě. Respondent 4 uvedl: *„To mně je jedno, jestli dělá svoji práci dobře, tak je mi to úplně jedno jakého je vyznání. Jestli ona nebere ohled na to, jakého jsem já vyznání, tak to je potom problém.“* Stejně jako respondent 5: *„Nezáleží na tom, co má na sobě, hlavně co má v hlavě a jak se stará*

o pacienta.“ Podobně se vyjádřil i respondent 15: „*Je to osobní volba každého. Nevadilo by mi to, pokud odvádí dobrou práci, ať si nosí, co chce.*“ Respondent 17 uvedl, že záleží na systému, jak ho má daná nemocnice nastavený: „*Záleží na systému, který platí v nemocnici. Nejdůležitější je profesionální práce toho člověka, a ne náboženství.*“ Všichni respondenti, kteří vyjádřili tento názor, uvedli jako své náboženské vyznání islám.

Další respondenti uvádějí, že by jim to nevadilo, ale nošení šátku v nemocnici při výkonu povolání není vhodné a do nemocnic to nepatří. Respondentka 16, přestože se jedná o muslimku, uvedla: „*Nemyslím si, že by to bylo úplně vhodné, pokud se jedná o evropskou zemi. U nás v arabských zemích je to celkem běžné a nikomu to nevadí. Mně by to tedy nevadilo ani tady.*“ Další muslimka respondentka 11, řekla, že to není vhodné, a že i když ona je také muslimka, tak ho nenosí, proč by ho měla tedy nosit sestra v nemocnici.

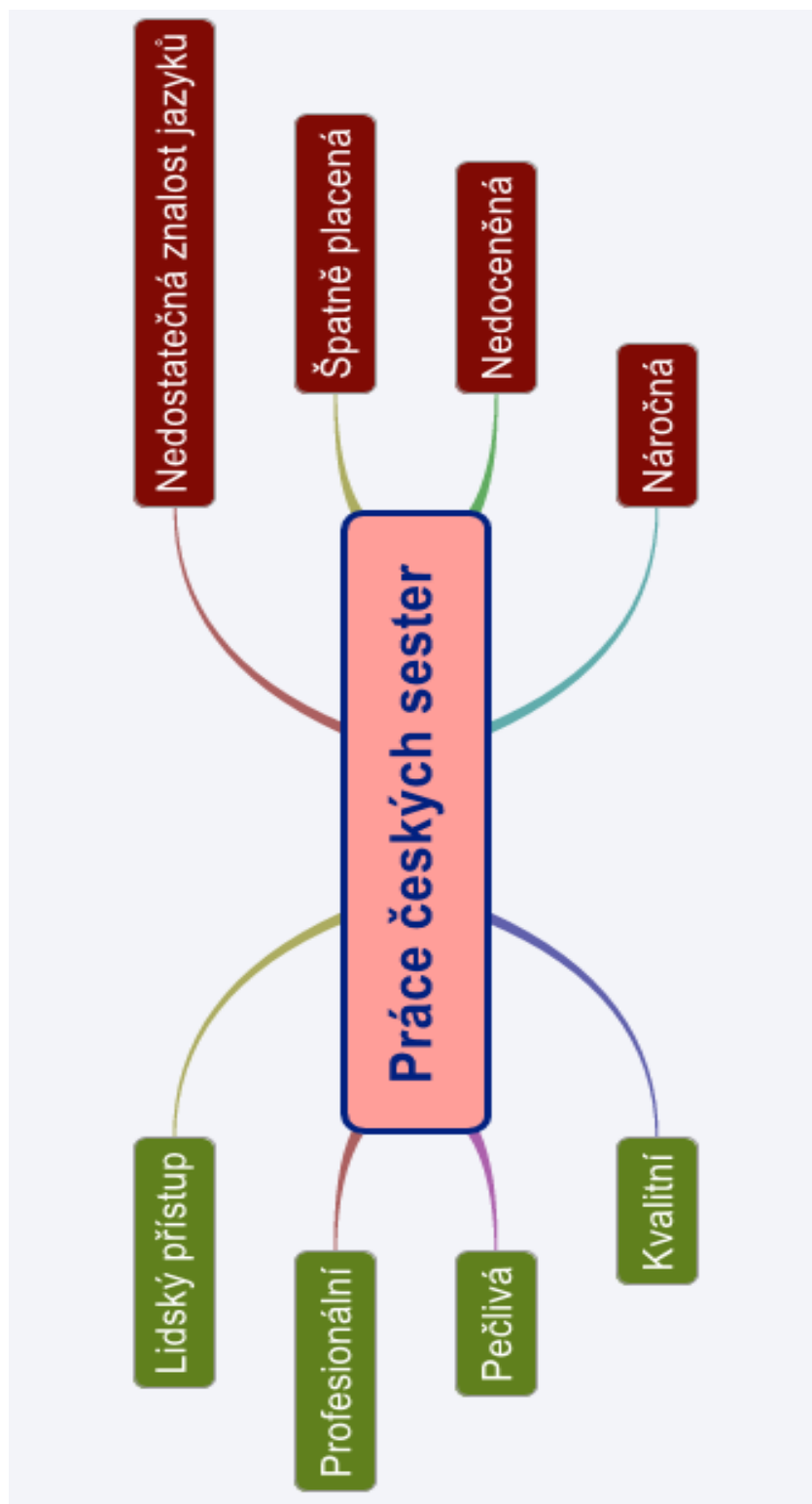
Respondent 14 řekl, že jemu konkrétně by to také nevadilo, že se jedná o osobní volbu každého. Stejně jako respondent 2: „*Já nemám rád šátky, nedělá mi to dobře, když vidím nějakého člověka. Každý šátek vyjadřující symbol nějakého náboženství si myslím, že to do nemocnice nepatří, to je můj osobní názor. Ale přímo by mně to nevadilo.*“ Oba respondenti jsou muslimové.

Naprosto odlišný názor má zbytek respondentů. Uváděli, že je to naprosto nevhodné, že se jedná o osobní symbol víry a do nemocnice rozhodně nepatří. Dále také uváděli skutečnost, že je nutné dodržovat určitý hygienický režim. Respondent 3 uvedl: „*Považuji to za nevhodné v nemocnici vzhledem k nutnosti čistoty. Takové profese jako učitel nebo pracovník ve zdravotnictví by měli mít odhalenou tvář a hlavu. Ale pokud se jedná o řádovou sestru, tak mi to nevadí. Mám zkušenost s nimi u nás v Sýrii. Tam, kde pracují, je ještě vyšší čistota než v normálních nemocnicích.*“ Také respondent 7 upozorňuje na hygienu v nemocnici: „*Ne, v žádném případě. V nemocnici je to naprosto nevhodné, je potřeba respektovat určité hygienické normy. A není vhodné, když sestra ukazuje svoji víru. Pacient chce být ošetřen a nechce vědět, jestli je sestra muslimka nebo ne. Proto šátek není vhodné nosit.*“ Respondent 9 zase uvádí jako hlavní důvod, že se jedná o osobní symbol víry, a není tedy nutné ho ukazovat právě v nemocnicích:

„Nesouhlasím, aby to sestra nosila. Považuji to za osobní symbol víry, který ke zdravotnictví nepatří. Ať si ho nosí, když chodí do mešity nebo v rodině, ale ne při výkonu svého povolání. Kdyby za mnou přišla v nemocnici mě ošetřovat, tak ji asi odmítnu.“

Za naprosto nevhodné to považují respondenti 12 a 13, zajímavé je, že oba jsou muslimové. Respondent 12: *„Ne, vůbec, plně to odsuzuji.“* Respondent 13: *„Považuji to za nevhodné.“*

Schéma 3 Práce českých sester



Oblast IV. Srovnání zdravotní péče

Zdravotní péče v rodných zemích respondentů

Respondenti pocházejí z těchto arabských zemí: Sýrie, Kuvajt, Irák, Alžírsko a Maroko. Shodli se, že zdravotní péče v těchto státech je až na drobné odlišnosti stejná.

V současné době do kvality poskytované péče zasáhla v mnoha zemích revoluce, která si vyžádala mnoho obětí i z řad zdravotnického personálu.

Respondentka 1 uvedla: *„Co se týče lékařů a sester, jsou na vysoké úrovni, ale teď je situace trochu jiná. Teroristi nám zabili lékaře, sestry, zbořili nemocnice. Hodně lékařů uteklo do zahraničí.“* Také respondent 5 říká, že i před válkou byla úroveň medicíny v Sýrii horší než v České republice a válka to jenom zhoršila.

Mnoho respondentů uvádělo jako negativní věc v českém zdravotnictví dlouhé čekací doby. V arabských státech je to v této oblasti o něco lepší. Respondent 2: *„V Sýrii se nečeká dlouho na ošetření. Čeká se maximálně půl hodiny. V Sýrii je víc lékařů, co se vám můžou věnovat. To hraje roli.“* Respondenti to přisuzují především tomu, že v českém zdravotnictví je nadmíra administrativy. Respondent 2 řekl: *„Mě operoval špičkový profesor tady v Čechách a on říkal, že stráví nejvíc času s papírama než s pacientem, a to je škoda.“*

Dalším nedostatkem v arabských státech je absence jakéhokoliv zdravotního pojištění. Pacienti si tedy za lepší péči musejí zaplatit. Státní nemocnice poskytují péči zdarma, ale podle respondentů je tato péče velmi nekvalitní. Jak řekl respondent 12, je velký rozdíl v kvalitě péče u státních a soukromých nemocnic. Také se to odvíjí od oblasti, ve které se daná nemocnice nachází. Respondent 4 uvedl: *„U nás státní nemocnice nejsou na takové úrovni jako tady. A ty soukromé jsou tam ty operace moc drahé. Nejsou dostupný pro každého. U nás tam chybí zdravotní pojištění. Až v posledních době bylo v Sýrii zavedeno zdravotní pojištění. Jenže ten systém ještě není zaběhlý všude. Máme tam soukromé lékaře a to je drahá záležitost. Ne každý si to může dovolit i před krizí a teď je to ještě horší. Ve státních se neplatí nic, ale ta péče pooperační tam skoro neexistuje. Většina lidí proto preferuje soukromé, pokud mají peníze.“* Také respondent 15 uvedl: *„Zdravotnictví je nekvalitní. Pokud chcete kvalitu, je to strašně drahé, takže pro normální lidi s menším platem velice těžko přístupné.“*

Respondenti také poukazují na to, že často dochází ke špatné diagnostice. Respondent 6 uvedl: „*U nás je péče velmi slabá. Je tam hodně lidí a málo specializovaných lékařů. Často se stává, že dojde ke špatné diagnostice. Dělají rychlé testy a pak to špatně vyhodnotí.*“

S kvalitou zdravotnického zařízení jde i ruku v ruce kvalita ošetřujícího personálu. Proto také záleží na vzdělání lékařů i sester. Respondent 9 řekl: „*Úroveň sester, teda jako ta profesionální, je velmi nízká. Po maturitě se vzdělávají jenom 2 roky a to ta maturita je všeobecná, nemá nic společného se zdravotnictvím.*“ S tím souhlasí i respondent 8: „*Lékaři se dále nevzdělávají ani sestry. To, co se naučej na škole, používaj až do důchodu. Nevyšetřují pořádně pacienta. V nemocnicích je bordel.*“

Zajímavé jsou názory, že zdravotní péče sice není kvalitní, ale v podstatě odpovídá celkové úrovni daného státu. Respondent 14 řekl: „*Péče není zrovna nejkvalitnější, ale řekl bych, že na ten stát to celkem ujde.*“ A respondent 7 uvedl: „*Odpovídá to místním podmínkám. Tedy životní úrovni v Sýrii. To znamená, že na tamty poměry je celkem dobrá.*“

Celkově respondenti hodnotí zdravotnictví v arabských státech většinou negativně. Uvádějí, že je nekvalitní, jsou tam velmi špatné hygienické podmínky, a především velký rozdíl mezi státní a soukromou nemocnicí. Shrnula to respondentka 16: „*Stále je co zlepšovat ve všech oblastech.*“

Srovnání chování arabských zdravotníků s českými při kontaktu s pacientem

Někteří respondenti si myslí, že chování zdravotníků arabských i českých je naprosto stejné a neliší se. Většina respondentů si však myslí opak.

Respondent 3 uvedl: „*Tady je vyšší profesionální přístup zdravotníků než u nás. V Sýrii hraje roli takový osobní vztah, tady je to profesionálnější. Je tady větší odstup, lékaři nejsou tak familiární jako u nás. Někdy tady však není takový humánní přístup k pacientům, to jde tedy stranou.*“ Podobný názor vyjádřil i respondent 8: „*U nás je více lidský přístup k pacientovi než tady. Tady je pacient jenom diagnóza a nikdo se nezajímá o něho samotného.*“ Respondent 9 uvedl: „*Tady je to hodně anonymní,*

u nás jsou milejší k lidem. Lékaři vám to u nás automaticky více vysvětlí. Tady používají lékaři samé zkratky a výrazy, kterým člověk nerozumí.“

Podle respondentů jsou čeští zdravotníci zodpovědnější ve stanovování diagnózy a v následných léčebných postupech. Respondent 15 uvedl: *„Tady jsou profesionálnější a zodpovědnější. Snaží se poskytnout nejlepší možnou péči. U nás to berou tak jako nezodpovědně. Prostě vám něco napíší a jdete domů. A hrozně dlouho si všema chtějí povídat, což když vám není dobře, vám úplně nepomůže ten jejich přístup.“*

Respondentka 16, která je muslimka, uvedla, že v arabských státech se nikdo nepozastavuje nad tím, když máte šátek. Je to samozřejmě dané od islámského náboženství, které v Maroku převládá. V českém zdravotnictví, přestože se i zde zdravotníci setkávají již delší dobu s pacienty muslimy, stále dochází k údivu, pokud mají takového pacienta ošetřovat. *„Tady jsou takoví otažití, řekla bych. U nás jsou vlídnější.“*

Respondenti také uvedli, že čeští zdravotníci jsou profesionálnější. Respondent 6 řekl: *„Tady (v ČR) je to profesionálnější než u nás. V Kuvajtu nevěnují pacientovi dostatečnou pozornost.“* Podobný názor vyjádřil i respondent 7: *„Přístup českých zdravotníků je více profesionální. Zajímají se více o pacientovu zdravotní minulost a tak, to u nás (v Sýrii) není.“*

Dále respondenti uvedli, že sestry v arabském zdravotnictví nevykonávají svoji práci dostatečně. Respondent 5 řekl: *„Sestry v Sýrii nevykonávají svou práci. Naopak jsou v nemocnici, ale dělají něco jiného než se starat o pacienta. U nás se flákají. Jsou až moc arogantní, většina z nich má totiž nějakou protekci. Ani neposlouchají doktora. Některý třeba háčkují místo své práce. Jsou teda samozřejmě výjimky.“* Podobně se vyjádřil i respondent 4: *„Tam (v Sýrii) se sestry většinou flákají, proto ta pooperační péče je u nás hrozná.“*

Názor, že v českém zdravotnictví k pacientovi přistupují jako k diagnóze, a nikoliv jako k lidské bytosti, převládal u většiny respondentů. Respondent 10 řekl: *„U nás v Kuvajtu jsou takoví milejší a více se zajímají o toho člověka, nejen o to, jak mu funguje trávení a tak...“* Podobný názor zvedl i respondent 14: *„Ano, rozdíl jsou. Každý zdravotník se přizpůsobuje mentalitě toho národa, kterého ošetřuje v dané zemi.“*

To chování je u nás jiné, protože lidé, kteří žijí v Sýrii, jsou jiní. Řekl bych vstřícnější, možná trochu míň profesionální, ale zase se zajímají o člověka jako takového. Nejen o to, že jsem přišel třeba s bolestí břicha. Tady je to bolest břicha, u nás je to pan ten a ten...“

Rozdíly v českém a arabském zdravotnictví

Hlavních rozdílů mezi zdravotnictvím v České republice a v arabských státech je hned několik. Především je v arabských státech velmi odlišná kvalita poskytované péče ve státním a v soukromém sektoru. Respondent 5 řekl: *„Velký rozdíl je u nás v tom, že do státních nemocnic, kdo se tam u nás dostane, je opravdu chudák. Tady když nemá pacient zdravotní pojištění, tak ho prostě nevezmou jenom na pohotovost. V Sýrii může jít každý do státních nemocnic a péče je úplně zadarmo, ale ta úroveň není tak dobrá. Na rozdíl od státních v soukromých může tam být celá rodina celý den. Můžou tam sedět a povídat a pijou čaj. Tady to ale nejde.“* Respondent 6 podotýká, že: *„V Kuvajtu je jenom 5 státních nemocnic, ostatní jsou soukromé.“* Také respondent 12 pocházející z Iráku řekl: *„Největší rozdíl je komerční stránka. U nás se o tebe starají víc, jenom když dobře zaplatíš, to tady ne.“* A respondent 15 pocházející z Alžírsko dodává: *„Tady (v ČR) je dobrý to pojištění, že i ti, kteří nemají moc peněz a platí si ho, tak pak dostanou kvalitní péči jako každý jiný.“*

Dále uvádějí, že arabští zdravotníci nemají tolik administrativních úkonů jako ti čeští. Respondentka 1 uvedla: *„V Sýrii to není tak svázáno těmi administrativními věcmi, kdokoliv u nás přijde, tak ho hned ošetří. Medicína je u nás zadarmo. Soukromé taky máme, ale tam se platí. Ale to se všechno řeší až po ošetření, ne že když přijdete v naléhavých případech předtím.“* Tato respondentka přidává osobní zkušenost z motolské nemocnice: *„Když bylo dceři 7 dní, měla nějaké krvácení. Vzali mě do Motola, a než začali s malou něco dělat, zajímali se především o moje pojištění a zase mě chtěli poslat na oddělení pro cizince. Tam že se musím přihlásit a tak a to mi jako dítě mezitím umře, nebo co? Je to hrozně velká nemocnice, než se dostanu tam a zase zpátky, je to velké zdržení. Nakonec ji samozřejmě ošetřili, ale nic nedělali, dokud neviděli doklad o pojištění. V Sýrii se hned podívají na člověka a teprve pak řeší*

ty administrativní věci.“ Také uvádí, že v Sýrii existuje Národní program očkování pro děti, který je zadarmo. „Tady (v ČR) naočkují děti a stojí to peníze. To jsem nevěděla. Takže jsem přišla s malou na očkování a chtěli po mně peníze. Tak jsem musela skočit do bankomatu pro peníze a dát jim to.“

Na rozdílné množství administrativních úkonů upozornil i respondent 10 pocházející z Kuvajtu: „No, u vás je lepší, co se týká kvality, ale přístup těch lékařů a sester je u nás asi lepší. Jsou milejší, ale možná je to tím, že tady furt něco sepisujou a u nás se víc věnujou těm pacientům.“

Respondenti často uváděli rozdíl hlavně v kvalitě péče, která je podle nich v České republice nesrovnatelně lepší. Respondent 4 uvedl: „To je velký rozdíl, to se nedá srovnávat. Ani před krizí ani teď. Samozřejmě kvalita v Čechách je na vyšší úrovni.“ České zdravotnictví má lepší hygienické podmínky, kvalitní a vzdělaný personál, lepší přístrojové vybavení, dobrou organizaci práce nebo dostupné léky pro všechny. Naopak jako negativní hodnotí omezenou dobu návštěv v nemocnicích.

Respondent 6 pocházející z Kuvajtu řekl: „V Čechách mají lékaři víc zkušeností, lepší léky a vybavení. U nás je to horší.“ Také respondent 8 řekl: „Tady (v ČR) je lepší vybavení, hygienická úroveň je vyšší a práce je tu dobře zorganizovaná.“ Podobný názor vyjádřil i respondent 13 pocházející z Iráku: „V Česku je hygiena na dobré úrovni, u nás ne. Léčba v Česku je výborná, ceny léků v Česku jsou přiměřené k příjmu lidí. V Iráku jsou léky moc drahé.“ Respondent 14 pocházející ze Sýrie říká, že rozdíly ve zdravotnictví rozhodně jsou: „Třeba ty základní v hygieně nemocnic, čistotě, vybavení, ale taky právě v tom chování. Třeba u nás jsou návštěvy povolený pořád. Tady je to hrozný, jak je to omezený jenom od do.“ Respondent 9 však řekl: „U nás (v Sýrii) je velký nepořádek. Profesionalita je tak na padesát procent. Návštěvy tam dělají čurbes v nemocnicích, příbuzní tam často spí i na zemi, návštěvy nejsou nijak omezený. Celé oddělení je rozdělený na mužskou a ženskou část. Nejde to, aby byli pohromadě.“

Kvalitu českého zdravotnictví chválí i respondentka 16: „České zdravotnictví je o dost kvalitnější. Máte tady lepší vybavení, čisté nemocnice, hodně drahých přístrojů, co vám ulehčí práci, a asi taky víc personálu, který je kvalitní a ví, co dělá.“

Synovi tady moc pomohli, takže myslím, že kvalita je opravdu skvělá, a za to moc děkuji.“

Respondent 17 si všiml, že v České republice je také možné vybrat si lékaře. *„Tady (v ČR) je to rozhodně na vyšší úrovni. Byl jsem z toho překvapený, když jsem sem přišel. Mají tady lepší vzdělání, čisté nemocnice. Taky je jich hodně, že si člověk může vybrat. A když není s lékařem spokojený, může od něho odejít. U nás (v Sýrii) ten výběr není tak velký. A většinou je člověk rád, že ho vůbec někdo ošetří, natož aby si vybíral nebo si potom ještě stěžoval.“*

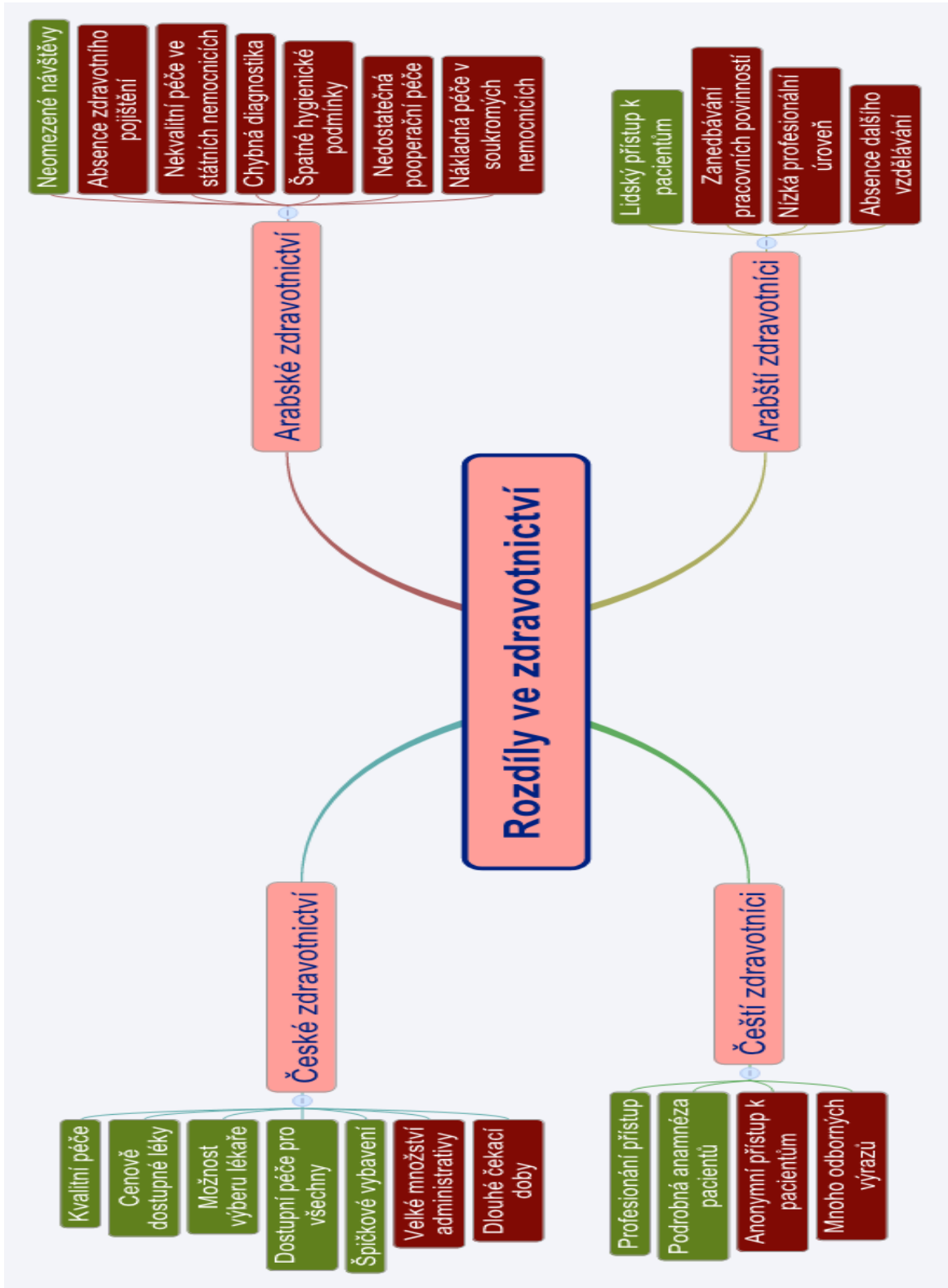
Někteří respondenti také uvádějí, že v arabském zdravotnictví je lepší přístup zdravotníků k pacientům. Jsou milejší, otevřenější k lidem, i když nejsou na takové profesionální úrovni jako čeští zdravotníci. Respondent 7 pocházející ze Sýrie uvedl: *„V Čechách je to hodně anonymní. U nás je to srdečnější, otevřenější vůči pacientům. Praktik, když je potřeba třeba zavést tu kapačku, tak to udělá doma. Pacient tak nemusí do nemocnice, to tady moc nejde. V Čechách vás hned pošlou do nemocnice.“*

Respondent 2 uvedl, že v České republice jsou dlouhé čekací doby a příjem pacienta je před operací více dní dopředu než v Sýrii. *„Ta doba čekání než vás přijmou, a tak je dlouhá. Já to chápu, že lékař je taky člověk a není to stroj, ale někdy je ta doba opravdu dlouhá. A přijímat pacienta v sedm hodin do nemocnice a ten jen celý den leží, kouká, všechno předoperační vyšetření už má předtím hotový. Zodpověděl všechny otázky, tak ho můžou poslat domů ne a může přijít až druhý den na operaci. Vždyť i pro tu pojišťovnu jsou to náklady. Když má někdo velkou operaci a potřebuje ho nemocnice připravit tak jo, ale na operaci kýly tam být 24 hodin dopředu je zbytečný. To je můj názor. V Sýrii dělají kýly takovým způsobem, že pacient přijde ráno, udělají mu operaci a pošlou ho domů ve stejný den. Samozřejmě má všechno vyšetření předem a potom má taky všechno v pořádku. Můj bratranec je chirurg v Sýrii a on právě dělá operace kýly a říkal, že kdybych byl u něj v Damašku, tak by mě operoval ráno v deset a ve tři hodiny jsi doma. Není to správný, ale takový je u nás postup. To mi říkal. Správně musí být po anestezii 24 hodin v nemocnici. Tady mě v pondělí přijali, v úterý jsem šel na operaci a ve čtvrtek jsem prosil, jestli můžu jít domů. Lékař mi říkal, že je to ještě moc brzo, ale když teď uvidíme, že nemáte žádné komplikace, vysoký tlak, horečku*

a tak, tak vás pustíme. Tak mě poslal domů. Ale podruhé jsem měl komplikace, tak mě nepustil domů.“

Zajímavé je rozdílné zařazení některých preparátů v České republice a arabských státech. Respondent 2 uvedl: *„A ještě jedna věc je taková složitá. To teď řešíme mezi Českem a Sýrií. Takový preparáty jako Omega 3, Prostenal a tak. Problém je, že tyhle věci jsou v Sýrii považovány za léky, takže jsou na předpis lékaře. Kdyžto tady je to doplněk. V Sýrii to musí mít registraci a to stojí peníze. Ta firma tady, co to vyrábí, má zájem to posílat do Sýrie, ale musí dodat nějaký certifikát, že to jsou doplňky, a to je teď problém, co řeší můj bratr v Sýrii. Jestli to uznají, že je to doplněk, a ne lék.“*

Schéma 4 Rozdíly v českém a arabském zdravotnictví



4.2 Rozhovory se všeobecnými sestrami

Tabulka 2 Identifikační údaje sester

Sestry	Počet let ve zdravotnictví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracoviště
<i>Sestra 1</i>	9 let	Vysokoškolské (Bc.)	Interna
<i>Sestra 2</i>	2 roky	Vysokoškolské (Bc.)	Gynekologie
<i>Sestra 3</i>	5 let	Vysokoškolské (Bc.)	Chirurgie
<i>Sestra 4</i>	9 let	Vysokoškolské (Bc.)	Chirurgie
<i>Sestra 5</i>	9 let	Vysokoškolské (Mgr.)	Urologie
<i>Sestra 6</i>	2 roky	Vysokoškolské (Bc.)	Hematologie
<i>Sestra 7</i>	5 let	Vysokoškolské (Bc.)	Chirurgie
<i>Sestra 8</i>	10 let	Vysokoškolské (Mgr.)	Chirurgie
<i>Sestra 9</i>	1,5 roku	Vysokoškolské (Bc.)	Hematologie
<i>Sestra 10</i>	20 let	Vysokoškolské (Bc.)	Hematologie

Tabulka 2 popisuje u sester celkový počet let v českém zdravotnictví, dále nejvyšší dosažené vzdělání a jejich současné pracoviště, tedy konkrétní oddělení.

Oblast I. Kontakt s arabským pacientem

Přístup sester k arabským pacientům

Všechny sestry se během výkonu svého povolání setkaly s arabským pacientem. Jednalo se o pacienty vyznávající islámské náboženství. Dvě sestry pak uvedly, že se setkaly s pacienty pocházejícími z arabských zemí, kteří byli muslimové, ale i křesťané.

Několik sester uvedlo, že k takovému pacientovi nepřístupují nijak odlišně. Sestra 2 uvedla: „*Tento rozdíl nepociťuji, snažím se respektovat jejich přání a kulturní zvyky, jsou-li v souladu s řádem a chodem oddělení (nemocnice).*“ Také sestra 7 nedělá v pacientech rozdíly. „*Snažím se ke všem pacientům stejně. Myslím si, že nepřístupuji k arabským pacientům odlišným způsobem.*“ Stejnou odpověď uvedla i sestra 10, která řekla, že nedělá žádné rozdíly. Trochu odlišný názor má sestra 8, která uvedla, že většinou k pacientům přistupuje stejně, pokud se však nejedná o ženu muslimku. Tam si udržuje větší odstup.

Naopak ostatní sestry uvedly, že k arabskému pacientovi přistupují odlišným způsobem. Sestra 3 uvedla: „*Nejspíše ano. Samozřejmě se snažím ke každému pacientovi přistupovat stejně, alespoň co se týká všeobecných záležitostí. Ale pokud vyžaduje pacient něco konkrétního, speciálního, snažím se mu v rámci možností vyhovět. Bohužel to někdy není zcela možné.*“ Sestra 4 řekla: „*Udržuji si větší odstup kvůli zachování soukromí pacienta.*“ Sestra 5 uvádí, že dříve by k arabskému pacientovi přistupovala asi jinak než v současné době. „*V době, kdy jsem pečovala o arabského pacienta na oddělení, neexistovaly tak rozsáhlé konflikty mezi zeměmi jako v dnešní době. Takže jsem k němu přistupovala stejně jako k ostatním pacientům. Ale dnes by to bylo jiné, asi bych měla strach.*“

Komunikace

Některé sestry se s pacientem bez větších problémů domluvily anglickým jazykem. Velkou roli v komunikaci sehrála podle sester neverbální komunikace, zvláště tehdy, když sestra nebo pacient nejsou schopni se domluvit verbálně. „*Komunikace byla trochu náročnější. Pán neuměl česky, já bohužel zase neumím moc anglicky. Byly*

to spíše jednoduché spojení, věty. Velkou roli hrála neverbální komunikace, občas jsem využila i piktogramy.“ Také sestra 4 využila neverbální komunikaci. „Vždy v angličtině s pomocí neverbální komunikace.“ Podobnou zkušenost uvedla i sestra 5: „Jelikož pacient uměl jen pár slov v českém jazyce, tak jsem se s ním dorozumívala ukazováním na předměty různými gesty. Spíš jsem používala ke komunikaci ruce.“ Sestra 7 uvedla, že kromě verbální komunikace pomocí angličtiny si dávala pozor na dodržování diskrétní zóny.

Některé sestry využily ke komunikaci tlumočnicka. Převážně se jednalo o rodinné příslušníky pacientů. Sestra 10 uvedla: „Jelikož pacient uměl pouze anglicky, komunikace byla náročná. S překladem nám pomáhal syn pacienta, který pracoval jako lékař v ČR. Vždy mu vysvětlil všechny možnosti a komplikace, které by mohly po čas léčby nastat.“ Podobně vyřešila tuto problematiku i sestra 9: „Komunikace s tímto pacientem byla velice složitá. Pacientka nerozuměla česky. Informace o zdravotním stavu se předávaly přes rodinu. A při ošetrovatelských činnostech u lůžka hrála velkou roli neverbální komunikace a pár přeložených slovíček do arabštiny.“

Sestra 6 uvedla, že se setkala s tříletým dítětem, který měl za otce Araba a matku Češku. Komunikace tak probíhala převážně s matkou dítěte a to v českém jazyce. Chlapec nekomunikoval v žádném jazyce.

Specifické požadavky pacientů

Všechny sestry uvedly, že jejich pacienti měli alespoň drobné speciální požadavky. Kromě sestry 9, která uvedla, že na hematologickém oddělení ošetřovali pacientku muslimku, která byla plně nesoběstačná, ale neměla žádné zvláštní požadavky. Pouze vyžadovala nošení šátku na hlavě.

Mnoho sester mělo stejnou zkušenost s problematikou stravování u těchto pacientů. Sestra 6 uvedla: „Kromě vynechání vepřového masa, žádné speciální postupy nevyžadovali.“ A sestra 5 řekla: „Žádnou zvláštní dietu neměl, jen když bylo v hlavním chodu maso, tak se ptal, zda je vepřové. Nevyžadoval žádnou speciální péči a ani neměl potřebu se modlit. Neměl s sebou ani žádné věci, které by byly spojeny s jeho vírou.“ Také sestra 10 řešila problematiku stravování u těchto pacientů. „Veškeré jídlo

mu nosila manželka a sestra, které komunikovaly pouze v angličtině. Odborné věci řešily s anglicky mluvícími lékaři.“

Další sestra 1 uvedla: *„Ano vyžadoval speciální dietu bez výskytu vepřového masa. Odmítal plenkové kalhotky i přesto, že byl kvadruplegik a měl PMK.“*

Ženy muslimky pak často vyžadovaly při vyšetření lékařku a přítomnost svého manžela. Jak uvedla sestra 2: *„V rámci gynekologického vyšetření, pacientka vyžadovala vyšetření výhradně lékařkou. Dveře vyšetřovny musely být hlídány před možným vstupem jakéhokoliv muže.“* Podobnou zkušenost má i sestra 7: *„V případě setkání s pacientkou z arabských zemí chtěla mít při vyšetřování s sebou svého manžela. Pokud šlo o muže, tak si nepřál být vyšetřován ženou – lékařkou.“* Také sestra 4 se setkala s požadavkem pacienta být ošetřován vždy od zdravotníka stejného pohlaví.

Problémy při poskytování ošetrovatelské péče

Největší problém viděly sestry v komunikaci s pacientem. Sestra 5 uvedla: *„Především v komunikaci. Jelikož tento pacient uměl jen svůj mateřský jazyk a pár českých slov.“* Sestry 9 a 10 uvedly jako hlavní problém jazykovou bariéru. A sestra 7 také viděla problém v obtížné komunikaci.

Sestry 8 uvedla, že jí vadí neochota ustoupit od svých zásad a přizpůsobit se majoritní společnosti. Podobný názor vyjádřila i sestra 1, která si myslí, že pokud by byla sama hospitalizována v některé z arabských zemí, nebudou zde respektovat její vyznání a přesvědčení.

Jako další problém uváděly sestry nejistotu, která se projevuje nejen ze strany ošetřujícího personálu, ale také samotného pacienta. Sestra 4 řekla: *„Vzájemnou nejistotu. Ani jedna strana si není jistá, jak se má správně chovat.“*

Hlavní problémy při ošetřování arabských pacientů shrnula do své odpovědi sestra 3: *„Určitě má značný vliv neznalost dané kultury, jejich specifík. Dále asi i nejistota ze strany personálu, co je přípustné, co ne. Možným problémem je i komunikace, v případě, že se nenajde společný jazyk, kterým komunikovat. Osobně si myslím, že všechny jejich požadavky lze více či méně splnit. Otázkou je, jak moc je personál ochotný.“*

Sestra a nošení šátku při výkonu svého povolání

Kromě dvou sester se všechny vyjádřily k nošení šátku sestrou v nemocnici ukazující na její náboženské vyznání negativně. Sestra 3 uvedla: „*Osobně si myslím, že u všeobecných sester není nošení šátku na místě. Je to nehygienické – při ošetřování pacienta na lůžku všechno vyšmejká, potom jde k jinému pacientovi a zase tím šátkem vyšmejká další postel a roznáší infekci. A pokud se na to podívám z pohledu pacienta, určitě bych chtěla člověku, který mě ošetřuje, vidět do obličeje, poznat ji podle vizitky. Upřímně, pokud by ke mně přišla zahalená sestra a podávala léky, nevzala bych si je. Měla bych strach. Co kdyby to ani nebyla sestra, ale cizí člověk.*“ Také sestra 10 uvedla: „*Nošení šátku mi připadá nehygienický. Hlavně by se měli přizpůsobit zvyklostem kultury státu, ve kterém pracují. Já bych nedovolila žádné výjimky.*“ Podobně se vyjádřila i sestra 7: „*Pokud se jedná o šátek zakrývající obličej nebo jeho část, tak s tím nesouhlasím. Pacient by měl dle mého názoru vědět, kdo přesně mu poskytuje zdravotní a ošetrovatelskou péči.*“ Sestra 6 uvedla, že nošení šátku rozhodně neschvaluje. Sestry v českém zdravotnictví musí v oblékání dodržovat určitá pravidla. Ať se jedná o sestru ateistku nebo třeba křesťanku.

Sestra 5 vyjádřila absolutní nesouhlas: „*Zákaz. V našich nemocnicích je jasně stanoveno, jak má všeobecná sestra být oděna a upravena. Nošení šátku tam není a ani bych to nepovolila. Myslím si, že i spousta pacientů by ztratila důvěru k ošetřujícímu personálu, kdyby k nim přistoupila sestra v šátku.*“

Pouze dvě sestry se vyjádřily, že by jim nošení šátku u sester nevadilo. Pokud by však měla sestra zakryté pouze vlasy, nikoliv obličej. Sestra 4 řekla: „*U sester mi vadí zakrytý obličej. Se zakrytými vlasy problém nemám.*“ Sestra 9 uvedla, že pokud by se jednalo u sestry pouze o šátek, tak v tom nevidí problém.

Schéma 5 Problémy při ošetřování arabských pacientů

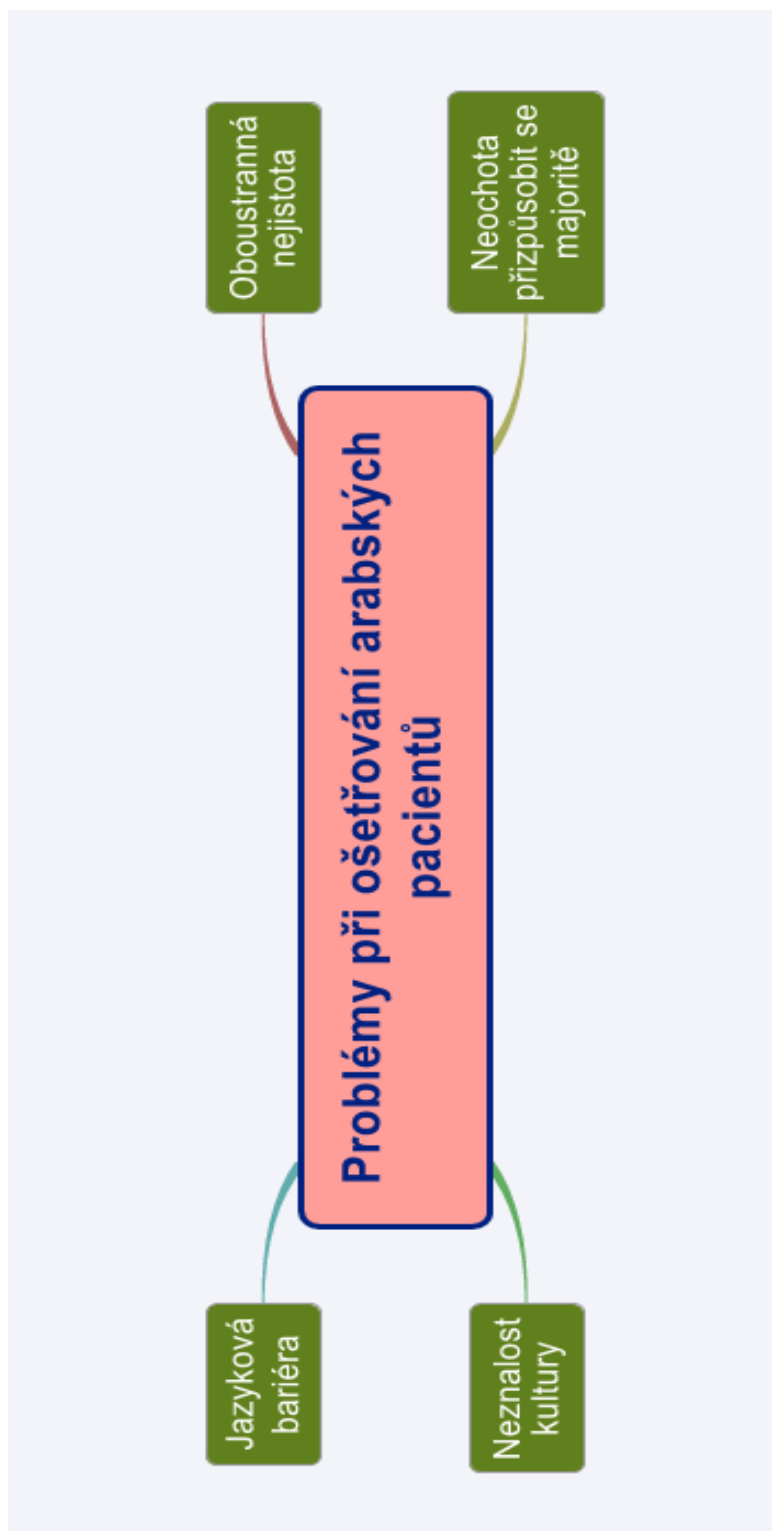
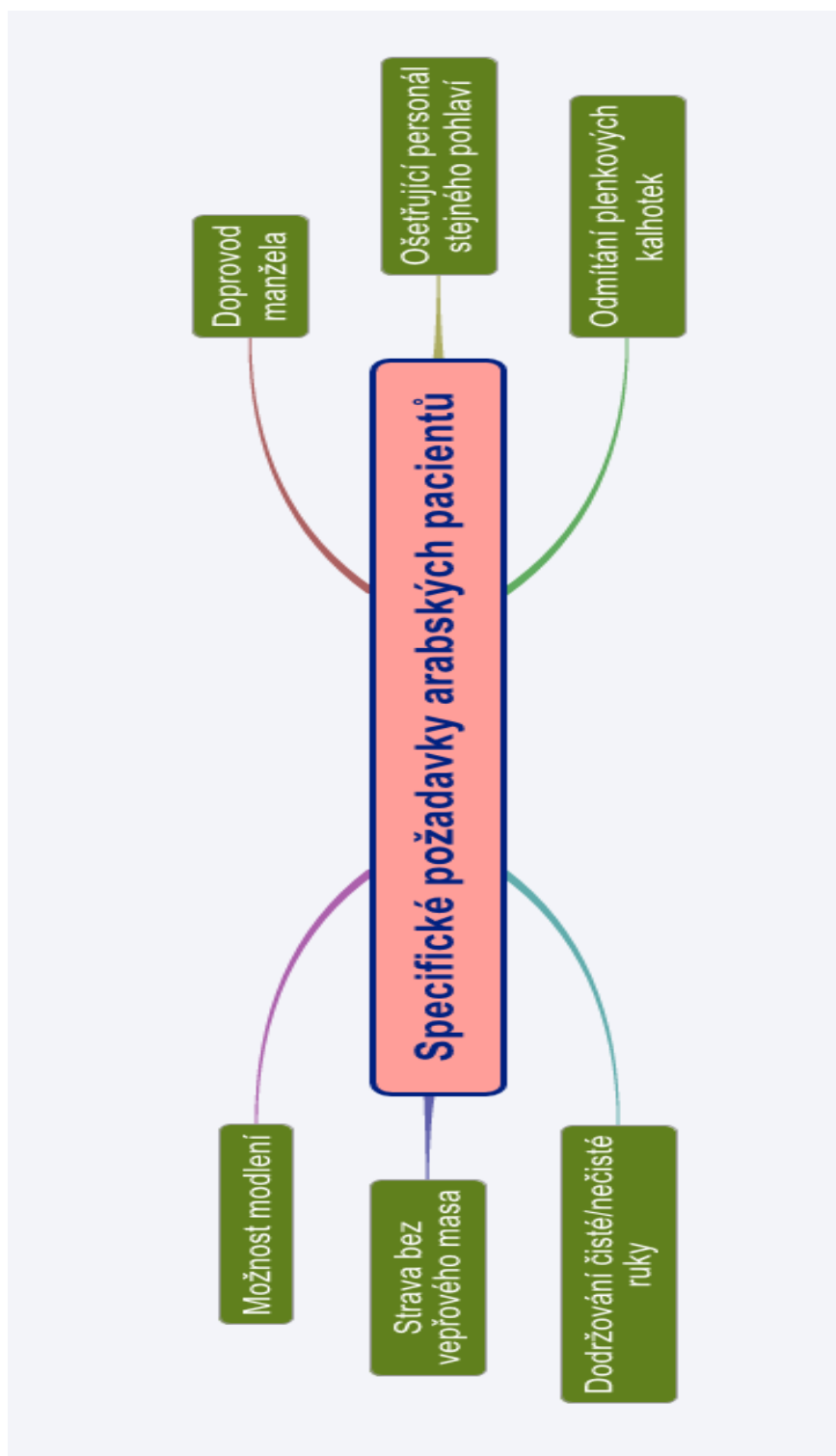


Schéma 6 Specifické požadavky arabských pacientů



Oblast II. Multikulturní ošetřovatelství

Informace k poskytování ošetřovatelské péče

Sestry většinou uváděly, že k poskytování vhodné ošetřovatelské péče muslimským pacientům nemají dostatek informací. Sestra 5 uvedla: *„Nějaké informace jistě mám, ale nemyslím si, že by stačily k poskytování vhodné ošetřovatelské péče.“* Sestra 7 také uvádí, že o dané problematice nemá mnoho informací. *„Myslím si, že vhodná ošetřovatelská péče pro většinu pacientů je vhodná i pro pacienty z muslimských zemí. Úplné informace o této problematice nemám, avšak nemám ani potřebu tyto informace získat.“* Sestra 9 uvedla, že nějaké základy této problematiky má především ze školy, ale většinu těchto informací už zapoměla.

Další sestry si myslí, že mají určité informace na to, aby pacientovi mohly poskytovat vhodnou péči. Sestra 6 řekla, že má částečné informace, ale pořád je co zlepšovat. Sestra 1, 4 a 8 uvedly, že tyto informace mají. Sestra 3 pak uvedla: *„Ano. Hodně informací mám ze školy a některé i z vlastního hledání informací nebo z vlastních zkušeností.“* Naopak sestra 10 uvedla, že tyto informace nemá.

Setkání s problematikou multikulturního ošetřovatelství

Mnoho sester uvádělo, že se s touto problematikou setkaly především při výuce na středních či vysokých školách. Sestra 2 uvedla: *„S problematikou multikulturního ošetřovatelství jsem se setkala v rámci výuky na střední a vysoké škole.“* Také sestra 7 řekla: *„Ano, setkala při svém vzdělávání na střední a vysoké škole.“* Podobnou odpověď uvedla i sestra 5: *„Setkala jsem se s problematikou na vysoké škole. Všeobecných informací nám bylo sděleno dost, ale myslím si, že by učivo mělo být soustředěno do podrobností o ošetřovatelské péči o jednotlivé etnické skupiny.“* A sestra 3 řekla: *„Ano, setkala. Už na střední škole ve formě seminářů a potom i na vysoké škole, kde jsme měli samostatný předmět multikulturní ošetřovatelství.“*

Další sestry se setkaly s danou problematikou na škole během odborné praxe na zahraničních stážích a při každodenní práci na oddělení.

Schéma 7 Setkání s problematikou multikulturního ošetrovatelství

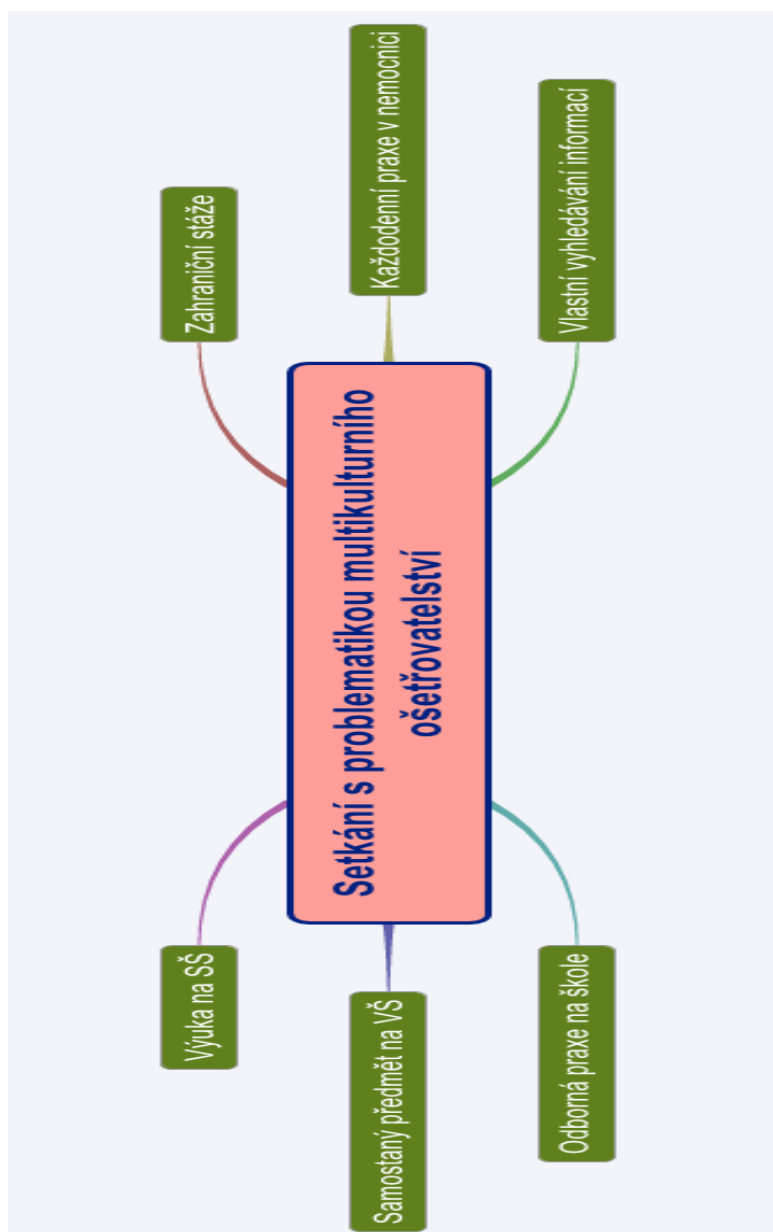
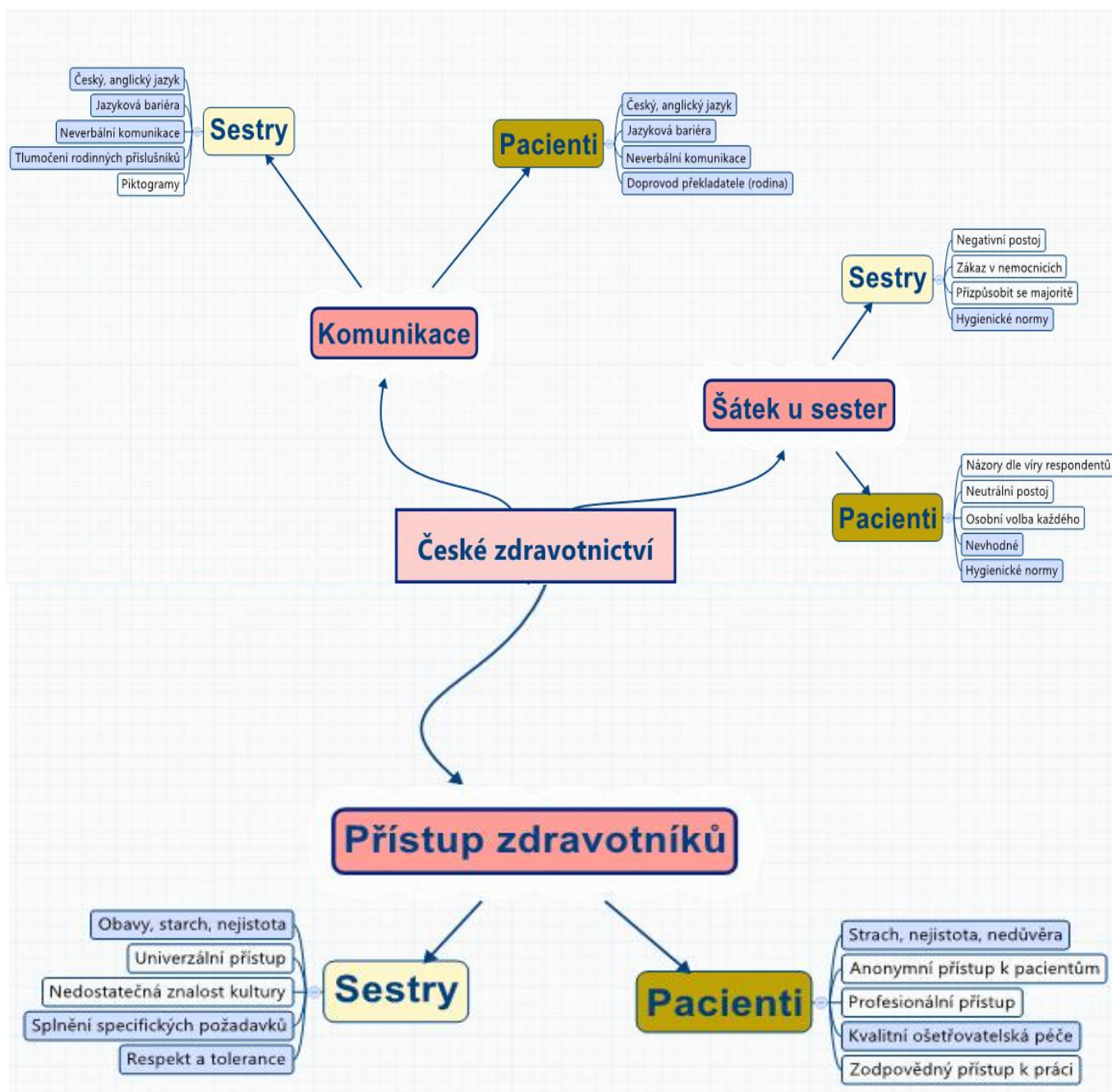


Schéma 8

Shrnutí výsledků společných oblastí respondentů a sester



5. Diskuze

Tato diplomová práce se snaží zmapovat názory arabských P/K na české zdravotnictví. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají tito P/K zkušenosti s naším zdravotnictvím. Jaké vidí největší problémy při ošetřování a kontaktu se zdravotnickým personálem. A v neposlední řadě zjistit, jaká je zdravotní péče v jejich rodné zemi a jaké vidí rozdíly v poskytované péči v arabských státech a v českém zdravotnictví.

Vzhledem k neustálé migraci lidí po celém světě není v dnešní době setkání s cizinci v našich nemocnicích nic neobvyklého. *„Poslední desetiletí minulého století nastartovalo kromě širokých společensko-politických změn i změny v národnostní, kulturní a etnické struktuře populace České republiky. Tyto změny kladou určité nároky i na zdravotníky, neboť během poskytování zdravotnické péče by se mělo postupovat tak, aby pacienti/klienti dostávali od všech členů zdravotnického týmu účinnou a srozumitelnou péči poskytovanou s respektem a způsobem slučitelným s kulturně zdravotnickým přesvědčením a praxí pacienta/klienta“* (Tóthová, 2009, s. 282).

Zdravotníci se tak s cizinci setkávají denně. Neustále dochází k vzájemnému kontaktu a poskytování multikulturní péče. Stále se však jedná o kontakt odlišných skupin lidí s jinou mentalitou, kulturními zvyky, odlišnou vírou. *„Multikulturní péče je především o úctě k člověku“* (Saadouni, 2008, s. 16), a to by měli mít na paměti všichni zdravotníci. Práce se proto zabývala i názory a zkušenostmi všeobecných sester. Zajímalo nás, zda vidí při ošetřování P/K nějaké rozdíly a jaké jsou největší překážky při poskytování ošetrovatelské péče daným P/K.

Na základě těchto cílů byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví? A dále tři dílčí výzkumné otázky. VO 1: Jaké jsou nejčastější problémy při ošetřování arabských P/K z pohledu sester? VO 2: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K při kontaktu se zdravotnickým personálem? VO 3: Jaké jsou největší rozdíly v poskytování zdravotní péče v ČR a arabských zemích?

Sběr dat probíhal formou kvalitativního výzkumného šetření. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jak s arabskými pacienty, tak všeobecnými sestrami. Otázky v rozhovorech byly pro obě skupiny respondentů odlišené. Shodovaly se pouze

v některých společných tématech. A to především v oblasti komunikace, kde popisovaly své zkušenosti a problémy pacienti ze svého pohledu a také sestry. Dále v odlišném přístupu zdravotníků. Zda pacienti pocítovali jiný přístup ze strany zdravotníků a naopak, zda sami zdravotníci k daným pacientům přistupovali odlišným způsobem. Posledním společným tématem byla problematika nošení šátků vyjadřující náboženské vyznání u sester v nemocnici.

Podmínkou výběru arabských pacientů bylo, že se někdy setkali se zdravotní péčí v České republice. Respondentů bylo celkem 17. Pocházeli z několika arabských států, z Alžírsko, Iráku, Kuvajtu, Maroka a Sýrie. Nejvíce respondentů žije v České republice dlouhou dobu, mají zde trvalý pobyt a zároveň již získali české občanství. Nejčastěji přišli do naší země před rokem 1989 pokračovat ve studiu na vysokých školách. Školu dostudovali, oženili se s Češkami, založili s nimi rodinu a již zde zůstali. Respondent 15, který zde žije 20 let, původně přijel do České republiky pouze na návštěvu. *„Přijel jsem navštívit příbuzné, kteří zde žili. A mně se tu líbilo, tak jsem tu začal pracovat a už jsem tu zůstal.“*

Jiní respondenti však přijeli z úplně odlišných důvodů. Jako respondenti 12 a 13. Oba utekli z Iráku kvůli politické situaci. Respondent 13 uvedl hlavní důvod odchodu ze země: *„Útěk od diktátorského režimu Saddáma Husajna.“* Zajímavý příběh uvedl respondent 10, kterému je 27 let a na našem území je teprve 9 let. *„Jsem z více dětí a táta nás vždycky v 18 letech pošle každého do jiného státu. Abychom se tam učili na škole, takže jsem sem přijel studovat.“*

Další skupinu respondentů tvořili ti, kteří zde mají dlouhodobý pobyt. To znamená, že se jedná o pobyt do 5 let od příjezdu do České republiky. Tuto skupinu tvoří především respondenti, kteří jsou zde na přechodnou dobu kvůli své práci. Poslední a nejméně zastoupenou skupinu tvoří pouze jeden respondent s krátkodobým pobytem. Doba tohoto pobytu na českém území nesmí překročit 3 měsíce. Tento respondent pochází z Kuvajtu a do České republiky jezdí pravidelně každý rok již 10 let na dva až tři měsíce. Důvod jeho návštěvy je především rekreační, ale také ten, že důvěřuje českým zdravotníkům daleko více než zdravotníkům v jeho rodné zemi, a jezdí sem za kvalitní lékařskou péčí.

Větší skupinu respondentů tvořili muži, těch bylo 12. Ženy tvořily početně menší skupinu, bylo jich 5. Některé z nich jsou zde pouze na několik let pracovně a jiné zde doprovázejí svého manžela kvůli jeho pracovním povinnostem nebo se za ním přistěhovaly natrvalo. Jako respondentka 16: „*Práce manžela, který cestuje po světě, a já jezdím s ním.*“

Všichni respondenti, kteří zde mají trvalý pobyt, ovládají více či méně český jazyk. Rodným jazykem všech respondentů je arabština. Mezi další světové jazyky, kterými se respondenti dorozumí, patří především angličtina a francouzština. Ojediněle pak španělština či srbština.

K doplnění názorů arabských respondentů byly pořízeny také rozhovory se všeobecnými sestrami, které se během výkonu svého povolání setkaly s pacienty pocházejícími z arabských zemí. Sester bylo 10. Všechny jsou vysokoškolsky vzdělané. Největší zastoupení co do počtu sester má oddělení chirurgie. Dále pak hematologie, interna, urologie či gynekologie. Nejvyšší počet let strávených ve zdravotnictví bylo 20. Nejméně naopak 1,5 roku. Všechny sestry se setkaly s arabským pacientem vyznávajícím islám. Některé se setkaly také s Araby hlásícími se ke křesťanství.

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do několika oblastí. V první oblasti jsme se zajímali o to, v jaké formě se respondenti setkali s českou zdravotní péčí. Mnoho z nich zde prodělalo nejrůznější menší či větší operační zákroky nijak odlišné od těch, které podstupují čeští pacienti. Pouze jeden respondent uvedl, že byl léčen s TBC. Vzhledem k tomu, že v arabských státech se většinou proti této nemoci neočkuje, nejedná se tedy o nic mimořádného. TBC patří v těchto zemích k poměrně častým onemocněním (Nováková, 2008.) Také MUDr. Schwarz uvádí: „*Migranti, především jejich zdravotní stav, s sebou budou přinášet i různá zdravotní rizika spojená se zvýšením počtu chorob, které se zatím v rámci republiky vyskytují v menšině. Například TBC, HIV, hepatitis, pohlavní choroby*“ (Saadouni, 2008, s. 16).

Když si měli respondenti vzpomenout na své první setkání s českými zdravotníky, převažovala pozitiva. Většina měla z prvního setkání dobrý dojem. Ale objevily se i opačné názory. Někteří respondenti měli ze setkání zvláštní pocit. Uváděli, že sestry nevěděly, jak se k nim mají chovat, když zjistily, že se jedná o muslimy. Zdravotníci,

aniž by si to uvědomovali, vysílají mnoho neverbálních signálů, kterých si pacienti všimají a mohou je vnímat negativně. První dojem je vždy důležitý. O to víc, pokud je pacientem cizinec. „*Když se člověk ocitne v cizím prostředí, bývá mnohem vnímavější k řadě podnětů, kterých by si jindy možná nevšiml. To je třeba si také uvědomit v kontaktu s příslušníkem jiné kultury*“ (Saadouni, 2008, s. 18).

Nejistotu v tom, jak se k daným pacientům mají chovat, sestry opravdu pociťují. Některé z nich to uváděly jako hlavní problém při ošetřování muslimských pacientů. Z čeho však taková nejistota vyplývá? U pacientů je to celkem pochopitelné, jsou v novém prostředí, neznají naše zvyky, kulturu, tradice. Avšak zdravotnický personál, pokud již takovou nejistotu pociťuje, neměl by ji dávat najevo před pacientem. Možná by si byli zdravotníci o něco jistější, pokud by měli znalosti o dané kultuře. Pacienta by to jistě uklidnilo a určitě také potěšilo. Vzájemná spolupráce by tak byla příjemnější pro obě strany.

Co se týká informovanosti respondentů o nároku na zdravotní péči a vůbec fungování českého zdravotnického systému, není moc velká. Respondenti se často tyto informace dozívají od svých příbuzných a známých, kteří zde žijí delší čas. Například respondent 10 uvedl: „*Moc ne, nevěděl jsem, jak to tu funguje. A zdravotníci to moc neuměj vysvětlovat. Ale pak jsem to zjistil od kamarádů a tak.*“ V roce 2009 byla autorkami Dobiášovou a Hlinicovou realizována výzkumná sonda s názvem „*Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům*“. Z jejich výsledků, kdy zjišťovaly mimo jiné také informovanost zdravotníků o nároku cizinců na zdravotní péči, vyšlo, že ošetřující personál většinou tyto informace nezná. Výhodu mají větší nemocnice, které disponují zvláštním oddělením pro cizince. Zde těmto pacientům poskytnou informace o nároku na péči a doporučí jim další postup (Dobiášová, 2009). V Praze se jedná například o nemocnici Motol, se kterou má pozitivní zkušenosti respondentka 1. V Motole funguje Oddělení péče o cizince. Zde pracují úředníci a zdravotníci, kteří disponují mnoha světovými jazyky a pomohou pacientům orientovat se nejen v motolské nemocnici, ale také poskytnou informace o fungování českého zdravotnictví a možnostech úhrady péče pro cizince, kteří zde nemají trvalý pobyt.

Ve druhé oblasti jsme se zabývali přístupem zdravotníků k arabským pacientům. Žádný z respondentů se nesetkal v českém zdravotnictví s diskriminací. Taktéž si většina respondentů nemyslí, že by k nim zdravotníci přistupovali jinak než k českým pacientům. Naopak větší část sester uváděla, že k těmto pacientům přistupují trochu jinak než k ostatním pacientům. Někteří z nich si udržují větší odstup k zachování intimity pacienta a více se soustředí na to, zda se jedná o ženu muslimku. Sestra 8 uvedla: *„Přistupuji stejně, pokud se nejedná o ženu. To si udržuji větší odstup.“* Jiné sestry přistupují ke všem pacientům stejně bez rozdílu jejich náboženství, kultury či rasy. Zdravotníci by však měli mít na paměti, že každý pacient je individuální osobnost. Každý z nás má jiné potřeby, přání. Není proto možné k pacientům z rozdílných kultur či náboženského vyznání přistupovat naprosto stejně. Samozřejmě kvalita péče musí být stejná pro všechny. Avšak ošetrovatelské výkony by měli zdravotníci přizpůsobit individuálně k osobnosti pacienta a brát ohled na jeho kulturu a náboženství.

Nejvíce problémovou oblastí jak pro pacienty, tak i sestry je komunikace. Obě strany uváděly jako největší problém jazykovou bariéru. Podobné zjištění vyplynulo i z výzkumného šetření Dobiášové, Hnilicové, kde zdravotníci také uvádějí největší problém v komunikaci s cizincem, pokud nemluví česky. *„Zdravotníci shodně uváděli, že se nakonec vždy domluvili, ale často to pro ně představuje větší časovou a psychickou zátěž“* (Dobiášová, 2009, s. 8).

Většina arabských respondentů ovládá alespoň na základní úrovni některý ze světových jazyků. Nejčastěji se jednalo o angličtinu a francouzštinu. Některé sestry také uvedly, že jsou schopné se s pacientem dorozumět anglickým jazykem alespoň částečně. Většina však postrádá znalost cizího jazyka, a jsou proto odkázány na neverbální komunikaci, piktogramy či tlumočníka, nejčastěji z řad rodinných příslušníků pacienta. Velké množství respondentů si stěžovalo právě na nedostatečnou vybavenost sester cizími jazyky. Oproti sestrám se lékaři častěji dorozumí s pacientem anglicky. Takovéto výsledky zjistily i Dobiášová s Hnilicovou: *„Zdravotníci se shodují, že problém v jazykové komunikaci by pomohly částečně řešit různé komunikační*

kartičky. Tyto kartičky by mohly využívat zejména sestry, které se většinou hůře domluví cizím jazykem“ (Dobiášová, 2009, s. 10).

Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že pokud by mohli respondenti něco změnit na chování zdravotníků k nim samotným, bylo by to především to, aby sestry mluvily více anglicky. Popřípadě navrhovali v nemocnici přítomnost tlumočnicka. Jak je pro ně verbální komunikace důležitá, svědčí i fakt, že si lékaře často vybírají podle toho, zda se s ním dorozumí. Jak uvedl respondent 10: *„Tak s arabskýma se hezky domluví. Česi moc neumějí jazyky a ze začátku jsem česky neuměl. Ale je těžký sehnat arabského doktora, když to tady ještě moc neznáte.“*

Respondenti by také uvítali, aby se sestry seznamovaly se zvyky cizinců a nebyly pak překvapeny, když mají takového pacienta ošetřovat. *„Multikulturní péče je chápána jako součást celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků v závislosti na migračních proudech dané oblasti. Je to významná součást zdravotnictví, která respektuje hodnoty, přesvědčení a zvyklosti jednotlivců i skupin vycházející z různých kulturních prostředí“ (Saadouni, 2008, s. 16).* Přestože je multikulturnímu ošetřovatelství v současné době věnováno více pozornosti i ve vzdělávání zdravotnických pracovníků, existuje stále velké množství sester, které tyto informace postrádají. Ať už z důvodu dřívějšího studia pouze na středních školách, kde tato výuka neprobíhala, nebo i z důvodu vlastního nezájmu o danou problematiku. Sestry tak často disponují pouze omezeným množstvím informací, které ne vždy stačí k poskytování vhodné multikulturní péče. Takové výsledky zjistily ve svém výzkumném šetření z roku 2012 autorky Straková, Scholtzová. Z jejich výsledků vyplynulo, že sestry jsou nedostatečně připraveny na setkání s pacientem cizincem (Straková, 2012). Také z našeho výzkumného šetření u sester vyplynuly podobné výsledky. Některé sestry sice uvedly, že základní znalosti mají, ale přesto by uvítaly více informací. Jak uvedla sestra 2: *„Myslím si, že mám základní znalosti z ošetrovatelské péče o muslimské pacienty, ale přesto bych uvítala rozšíření obzoru v této problematice.“* Podobně se vyjádřila i sestra 6: *„Částečně ano, ale pořád je co zlepšovat.“*

Všechny sestry v našem výzkumném šetření jsou vysokoškolsky vzdělané. Shodně tak uváděly, že s multikulturním ošetřovatelstvím se setkaly právě na vysoké škole.

Sestry 9 uvedla: „*Základy mám ze školy, ale toho si člověk moc nepamatuje.*“ Je důležité si proto uvědomit jednu zásadní věc. „*Studium multikulturního ošetrovatelství je otevřený, nikdy nekončící proces, neboť kultura se vyvíjí v prostoru i čase*“ (Kutnohorská, 2013, s. 129). Vystudováním daného oboru tedy tato práce zdaleka nekončí.

Další oblast výzkumného šetření se zabývala pohledem pacientů na české zdravotnictví a práci všeobecných sester.

Velmi pozitivním výsledkem je, že všichni respondenti se jednohlasně shodli na tom, že celkově v české zdravotnictví mají důvěru. Jsou také spokojeni s prací českých sester. Považují je za profesionální a vzdělané. Pracují podle nich kvalitně a pečlivě. Respondenti však také uvádějí, že za svoji práci nejsou dostatečně finančně odměněny. Přestože je jejich práce velice náročná, tak není doceněná.

Zajímavé výsledky pak vyplynuly z oblasti nošení šátku v nemocnici vyjadřující náboženské vyznání sestry. Názory respondentů na tuto problematiku se velmi liší v závislosti na jejich náboženském vyznání. Všichni respondenti křesťanského vyznání nošení šátku považují za nevhodné. Rozdílné je to u vyznavačů islámského náboženství. Někteří s nošením šátku souhlasí a označují ho za svobodnou volbu každého člověka. Jako respondent 14: „*Je to osobní volba každého, mně by to nevadilo.*“ Další to považují za nevhodné, ale nevadilo by jim, kdyby je taková sestra ošetřovala. Jiní však velmi kategoricky nesouhlasí a nošení šátku v nemocnici u sester plně odsuzují.

Zajímavý je názor respondentky 11, která je sama muslimka: „*Myslím, že to není vhodné, i když jsem muslimka. Ale ani já ho nenosím, tak proč by měla sestra v nemocnici.*“

Stejná otázka byla položena i všeobecným sestrám. Kromě dvou, kterým by nevadil šátek na vlasech, nikoliv však na obličeji, se všechny shodly, že nošení šátku v našich nemocnicích je nepřijatelné. Nejčastěji uváděly hygienické důvody a právo pacienta vidět, kdo jej ošetřuje.

V českých nemocnicích jsou jasně daná pravidla oblékání sester při výkonu povolání. Je proto na místě, že jako první důvod uváděly sestry především dodržování určitých hygienických norem a standardů. Pokud se však podíváme na oblékání sester –

jeptišek, tak i ony mají zakryté vlasy. Nikdo se nad tím nepozastavuje. Na druhou stranu je však také pravda, co uvedla sestra 10: „*Hlavně by se měli přizpůsobit zvyklostem státu, ve kterém pracují.*“ Pokud české sestry pracují v arabských nemocnicích, automaticky oblékají pracovní oděvy dané nemocnice, které často zahrnují právě šátek.

Poslední zkoumanou oblastí bylo srovnání českého a arabského zdravotnictví. Všichni respondenti se shodli především v tom, že české zdravotnictví je na vysoké úrovni. Oproti arabskému je kvalitní péče dostupná pro všechny. Lékaři zde využívají mnoho nových přístrojů a postupů v léčbě. Zdravotníci se i po ukončení studia dále vzdělávají. Také uváděli, že české nemocnice jsou čisté a práce v nich je dobře zorganizovaná.

V arabských státech považují za velmi negativní věc absenci zdravotního pojištění. Péče v nemocnicích se tak odvíjí od toho, zda se jedná o státní či soukromé zařízení. Jak uvedl respondent 9: „*Péče je u nás nákladná, pokud ji chcete kvalitní. Zadarmo je pouze ta na velmi nízké úrovni, většinou pro velmi chudé lidi.*“

Negativně však hodnotí v českém zdravotnictví velké množství administrativy, kvůli které pak zdravotníci nemají dostatek času na pacienta. Také se jim nelíbí příliš dlouhé čekací doby u lékařů. V arabských státech se na péči většinou nečeká tak dlouho. Za absolutně nepřípustné považují respondenti úplatky ve zdravotnictví. Ať už ve formě drobných dárků, či finanční hotovosti.

Co se týká chování zdravotníků k pacientovi u nás a v arabských nemocnicích, i zde jsou určité rozdíly. Respondenti poukazují na to, že u nás jsou sice zdravotníci profesionálnější a kvalitnější, co se týká pracovních povinností. Na druhou stranu jim však často chybí lidský přístup k pacientovi, který naopak arabští zdravotníci mají.

Zajímavý názor vyjádřil respondent 17: „*Odvíjí se to od mentality lidí. Takže každý zdravotník v různých zemích se myslím chová trochu jinak.*“ Lidé na celém světě jsou opravdu různorodí. Stejně tak i zdravotníci. Ať je však ošetřující personál v nemocnicích v různých částech světa, nikdy nesmí zapomenout na to, že pacient je lidská bytost, nikoliv pouhá diagnóza. Ať se jedná o vyznavače jakéhokoliv náboženství z jakéhokoliv kultury. Vždy jde především o to, abychom pacientovi poskytli co nejlepší možnou péči s lidským přístupem.

Pozitivní však je, že zdravotníci v českých nemocnicích se snaží pacientům vyhovět, pokud mají nějaké specifické požadavky. Sestry nejčastěji uváděly, že pacienti požadují stravu bez vepřového masa, ošetřování od osob stejného pohlaví či doprovod rodinných příslušníků při vyšetření. Nejedná se tedy o nic, co by nebylo v nemocnicích možné pacientovi splnit. I zde se ukazuje důležitost znalostí v oblasti multikulturního ošetrovatelství. Jak uvedla sestra 3: *„Hned na začátku hospitalizace nás upozornil na nějaké zvláštnosti, například právě ohledně modlení. Vyřešili jsme to nadstandardním pokojem, kde má jak soukromí, tak i prostor pro své specifické potřeby. Další věc, kterou jsme řešili, byla strava. Ohledně toho jsme kontaktovali nutriční terapeutku. Museli jsme si dát pozor i na podávání léků či jiných věcí. Zprvu jsme mysleli, že pacient léky odmítá. Potom jsme se dozvěděli, že se musí cokoliv podávat výhradně pravou rukou, protože levou ruku považují za nečistou.“* Pokud by zdravotnický personál měl již na začátku dostatek informací o specifikách ošetrovatelské péče u muslimských pacientů, nemuselo k této situaci vůbec dojít. Celkově je však velmi pozitivní, že zdravotníci nemají problém vyplnit pacientovi tyto drobné požadavky. Což vyplynulo i z výzkumného šetření Dobiášové, Hnilicové: *„Někteří zdravotníci uváděli, že nemají úplně informace o kulturních a náboženských odlišnostech různých národností. Nicméně všichni se shodovali na tom, že pokud cizinec projeví v tomto směru nějaké přání, snaží se mu vyhovět“* (Dobiášová, 2009, s. 14). Rozumná míra kompromisu jak z jedné, tak druhé strany je lepší než konfliktní jednání. To může mít pak vážné důsledky nejen pro cizince a zdravotnický personál, ale i ostatní pacienty (Saadouni, 2008).

Je to vždy o toleranci a respektu ke každému člověku. Pokud chceme, aby ostatní respektovali naše odlišnosti, musíme nejprve začít u sebe a naučit se toleranci k ostatním. Na světě žije přes 7 miliard lidí. Všichni mají jiné přesvědčení, hodnoty, tradice. A žádná kultura není lepší než ta druhá. *„Všude na světě jsou lidé, kteří si myslí, že jenom jejich zvyky, normy chování a obyčeje jsou ty správné. Jenže zvyky, hodnoty a normy jedné kultury nelze jen tak měřit metrem kultury druhé. Jde především o úctu k člověku“* (Saadouni, 2008, s. 18).

6. Závěr

Práce s názvem: „České zdravotnictví pohledem klientů z arabských zemí“ byla napsaná za účelem zjistit názory arabských pacientů na české zdravotnictví. Hlavním cílem bylo zjistit zkušenosti P/K s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví. Dále bylo stanoveno několik dílčích cílů. Cílem 1 bylo zjistit nejčastější problémy při ošetřování arabských P/K z pohledu sester. Cílem 2 bylo zjistit zkušenosti arabských P/K při kontaktu se zdravotnickým personálem. Cílem 3 bylo zjistit rozdíly v poskytování zdravotní péče v České republice a v arabských zemích.

Na základě těchto cílů byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K s poskytovanou péčí v českém zdravotnictví? Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že respondenti celkově hodnotí českou zdravotní péči velice pozitivně. Považují české zdravotnictví za kvalitní a ošetřující personál hodnotí jako profesionály s kvalitními znalostmi.

Dále byly stanoveny dílčí výzkumné otázky. VO 1: Jaké jsou nejčastější problémy při ošetřování arabských P/K z pohledu sester? Jako hlavní problém při ošetřování uváděly sestry především jazykovou bariéru a nedostatečnou znalost specifik daných kultur. Pozitivním výsledkem bylo zjištění, že sestry jsou ochotné vyhovět některým speciálním požadavkům těchto pacientů. Nejčastěji se jedná o podávání stravy bez vepřového masa, ošetřování osobou stejného pohlaví, zajištění soukromí při modlení nebo doprovod příbuzných při vyšetřeních.

VO 2: Jaké jsou zkušenosti arabských P/K při kontaktu se zdravotnickým personálem? Respondenti uváděli stejně jako sestry největší problém v jazykové bariéře. Dále také to, že někteří zdravotníci nevědí, jak se chovat k muslimským pacientům, a přistupují k nim s nejistotou a obavami. Bylo také zjištěno, že respondentům u sester často chybí lidský přístup k pacientům. Oceňují je jako profesionálky, které jsou pečlivé, ochotné a zodpovědné. Jejich přístup je však někdy zbytečně chladný, což pacienti velice dobře vnímají.

VO 3: Jaké jsou největší rozdíly v poskytování zdravotní péče v ČR a arabských zemích? Zásadní rozdíl v těchto dvou systémech vidí respondenti především v absenci zdravotního pojištění v daných arabských státech. Kvalitní péče je tak poskytována

pouze v soukromých zařízeních, která jsou však velmi drahá. Státní nemocnice naopak nedisponují kvalitní péčí a pooperační péče zde skoro neexistuje. Dále si respondenti chválí v českém zdravotnictví čisté nemocnice, kvalitní vybavení a dobře vzdělaný zdravotnický personál. Naopak negativně potom hodnotí přemíru administrativy a dlouhé čekací doby u lékařů.

Ze získaných výsledků lze soudit, že respondenti si váží péče, která je jim poskytována v českých nemocnicích. Oproti péči v jejich rodné zemi je zde nesrovnatelně lepší. Přístup zdravotníků je však lepší právě v arabských státech, kde se o pacienta více zajímají po všech stránkách.

U sester bylo zjištěno, že hlavní překážkou při poskytování ošetrovatelské péče daným pacientům je především nedostatečná znalost jazyků a specifik kultur.

K zajištění komplexní ošetrovatelské péče je verbální komunikace sestra – pacient velice stěžejní. Když se dohodnou na společném jazyku, ušetří to práci oběma. Pokud k tomu ještě sestra bude znát specifika kultury pacienta, kterého ošetřuje, možná se změní pohled arabských pacientů na české zdravotníky v oblasti přístupu k pacientům.

Migrace lidí po celém světě je proces dlouhodobý, který se v posledních letech stále zvyšuje. Je proto potřeba, aby se sestry nadále vzdělávaly především v oblasti znalosti cizích jazyků a v problematice multikulturního ošetrovatelství.

Výsledky výzkumného šetření byly prezentovány na Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů v Pardubicích 23. 4. 2015. Dále pak budou publikovány formou článku v odborném periodiku pro informování veřejnosti o získaných poznatcích.

7. Seznam informačních zdrojů

AL OUKLA, J. Postavení muslimské komunity v České republice. In: *Sborník příspěvků: Multikulturalita a menšiny v evropském kontextu*. Liberec: Liberecké romské sdružení, 2009. s. 115 – 121. ISBN 978-80-903953-3-6.

ACHALOUSOVÁ, A. Multikulturní ošetřovatelství jako součást obsahu návrhu národního kurikula pregraduální přípravy nelékařských zdravotnických profesí regulovaných EU. IN: BALVÍN, J. *Identita ve vztahu k národnostním menšinám*. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2006. ISBN 80-903727-1-6.

BAHBOUH, CH. *Sýrie*. 1. vyd. Praha: Dar Ibn Rushd, 2005. 176 s. ISBN 80-86149-44-7.

BOŠKOVÁ, J. Systém ambulantní péče v Saudské Arábii. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 5, s. 24 – 25. ISSN 1210-0404.

CROFTER, W. *Velká kniha islámu*. 1. vyd. Čechtice: BVD, 2006. 242 s. ISBN 80-903754-0-5.

ČESKO. Listina základních práv a svobod. In: *Ústava České republiky*. [online]. © 1992. [cit. 2014-17-09]. Česká republika. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška ministerstva zahraničních věcí ze dne 12. ledna 1965 o Úmluvě mezi vládou Československé socialistické republiky a vládou Sjedenocené arabské republiky o spolupráci v oblasti zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1965, částka 6, s. 54 – 56.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Život cizinců v ČR*. Praha: Český statistický úřad Oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí, 2014. 18 s. ISBN 978-80-250-2606-9.

ČERNÁ, H. Multikulturní ošetrovatelství. In: *Sborník konference pro sestry: Cesta k modernímu ošetrovatelství*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, spol. s. r. o., 2007. ISBN 978-80-02-01931-2.

DOBIÁŠOVÁ, K. a H. HNILICOVÁ. *Zkušenosti zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče cizincům (výzkumná sonda)*. [online]. © 2009. [cit. 2015-04-14]. Multikulturní centrum Praha. Dostupné z: <http://www.migraceonline.cz/cz/e-knihovna/zkusenosti-zdravotnickeho-personalu-pri-poskytovani-zdravotni-pece-cizincum-vyzkumna-sonda>

DUINOVÁ, N. a J. SUTCLIFFOVÁ. *Historie medicíny – od pravěku do roku 2020*. 1. vyd. Praha: Slovart, 1997. 256 s. ISBN 80-85871-04-1.

FINGERLAND, J. Turecko, Arábie, Evropa. In: KOLEKTIV. *Arabské jaro rok poté – naděje, nebo zklamání?* 1. vyd. Praha: Centrum pro ekonomiku a politiku, 2012. ISSN 1213-3299.

GALANTI, G. *Caring for patients from different cultures*. 4. vyd. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2008. 298 s. ISBN 08-122-2031-5.

GILBERT, M. *In ishmael's house – a history of jews in muslim lands*. 1. vyd. London: Yale University Press, 2011. 242 s. ISBN 978-0-300-17798-5.

HLADÍK, J. *Multikulturní výchova: (socializace a integrace menšin)*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. 73 s. ISBN 80-7318-424-9.

GRAZIANI, J. *Arabic medicine in the eleventh century as represented in the works of Ibn Jazlah*. 1. vyd. Karachi: Hamdard Academy, 1980. 244 s. ISBN neuvedeno.

HOURANI, A. *Dějiny arabského světa od 7. století po současnost*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2010. 566 s. ISBN 978-80-7422-059-3.

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANOŠEK, P. Arabské jaro...léto, podzim, zima. In: KOLEKTIV. *Arabské jaro rok poté – naděje, nebo zklamání?* 1. vyd. Praha: Centrum pro ekonomiku a politiku, 2012. ISSN 1213-3299.

KADYROV, A. a kol. *Abú Alí Ibn Síná*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 152 s. ISBN neuvedeno.

KHIDAYER, E. *Život po arabsku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. 280 s. ISBN 978-0-204-2786-1.

KHIDAYER, E. *Arabský svět – jiná planeta?* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 248 s. ISBN 978-80-204-2495-2.

KOCOURKOVÁ, J. a L. ŠÍDLO. *Demografické změny v arabském světě a v zemích Blízkého východu v období 1950 – 2005*. [online]. © 2014. [cit. 2014-09-18]. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Dostupné z: http://web.natur.cuni.cz/~koc/spv/clanky/GR_Arabie.pdf

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ. [online]. © 2004. [cit. 2014-09-19]. Ministerstvo zdravotnictví. Věstník č. 9. Metodická opatření. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osevovatelstvi_9584_3196_3.html

KOPECKÝ, R. a CH. BAHBOUH. *Co je dobré vědět o arabském a islámském světě*. 1. vyd. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd, 2014. 356 s. ISBN 978-80-86149-88-2.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

LEININGER, M. a M. McFARLAND. *Culture care diversity and universality a worldwide nursing theory*. 2. vyd. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 415 s. ISBN 978-0-7637-3437-3.

LEININGER, M. a M. McFARLAND. *Transcultural nursing concepts theory, research and practices*. 3. vyd. New York: Medical Publishing, 2002. 621 s. ISBN 0-07-1353-976.

LÍŠKOVÁ, M. a I. NÁDASKÁ. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.

MENDEL, M., OSTŘANSKÝ, B. a T. RATAJ. *Islám v srdci Evropy – Vlivy islámské civilizace na dějiny a současnost českých zemí*. 1. vyd. Praha: Academia, 2007. 499 s. ISBN 978-80-200-1554-9.

MILLER-ROSSER, K., CHAPMAN, Y. a K. FRANCIS. Historical, cultural, and contemporary influences on the status of women in nursing in Saudi Arabia. *The online journal of issues in nursing*. [online]. 2006, roč. 11, č. 3. [cit. 2014-09-24]. ISSN 1091-3734.

Dostupné z:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No3Sept06/ArticlePreviousTopics/WomeninNursinginSaudiArabia.html>

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Informační publikace pro cizince*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2011. 120 s. ISBN 978-80-7312-067-2.

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. [online]. © 2014. [cit. 2014-09-19]. Ministerstvo zahraničních věcí. *Mezinárodní smlouvy*. Dostupné z: <http://www.mzv.cz/jnp/cz/index.html>

MOKDAD, A. et al. The state of health in the Arab world, 1990—2010: an analysis of the burden of diseases, injuries, and risk factors. *The Lancet*. 2014, roč. 383, č. 9914, s. 309 – 320. ISSN 0140-6736.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

NASIR, L. a A. ABDUL-HAQ. *Caring for Arab patients: a biopsychosocial approach*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2008. 251 s. ISBN 978-184-6191-824.

NOVÁKOVÁ, I. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

PLEVOVÁ, I. a R. Slowik. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.

PORADNA PRO OBČANSTVÍ, OBČANSKÁ A LIDSKÁ PRÁVA. Tabulka pobytu. *Cizinci.poradna-prava.cz* [online]. © 2009. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://cizinci.poradna-prava.cz/tabulka-pobytu.html>

PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.

RALBOVSKÁ, R. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010. 110 s. ISBN 978-80-87386-09-5.

RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO OBOR VZDĚLÁVÁNÍ 53-41-M/01 ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT. [online]. © 2008. [cit. 2014-09-19]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy dne 29. 5. 2008. 78 s. Národní ústav odborného vzdělávání, Praha 2008 Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnický%20asistent.pdf>

ROLANTOVÁ, L. Ústředí muslimských obcí. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013. 280 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

SAADOUNI Štěpánka. Multikulturní péče je především o úctě k člověku. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 56, č. 21, s. 16 – 18. ISSN 1214-7664.

SARDAR, Z. *Islám – náboženství, historie a budoucnost*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Jota, 2010. 380 s. ISBN 978-80-7217-628-1.

SHEIKH, A. a A. GATRAD. *Caring for muslim patients*. 2. vyd. Oxford: Radcliffe Publishing, 2008. 145 s. ISBN 978-18-5775-812-2.

SRB, J. a kol. *Cizinci v České republice 2014*. Praha: Český statistický úřad, 2014. ISBN 978-80-250-2582-6.

STRAKOVÁ, J. a E. SCHOLTZOVÁ. Znalosti všeobecných sester v péči o jedince různých národů a etnik. *Florence*. Praha: Ambit media, a. s., 2012, roč. 8, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X.

ŠPIRUDOVÁ, L., D. TOMANOVÁ a R. KUDLOVÁ. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. + 4 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1213-X.

ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur – transkulturní péče v praxi*. 1. vyd. Olomouc: Ministerstvo zdravotnictví, 2004, 303 s. ISBN 80-247-0242-8.

ŠVEJDOVÁ, K. *Historie ošetrovatelství a medicíny*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. 111 s. ISBN 978-80-7372-645-4.

TOŠNAROVÁ, H. Multikulturní ošetrovatelství v psychiatrii. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 30 – 31. ISSN 1801-464X.

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013. 280 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

TÓTHOVÁ, V. a kol. K problematice zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 282-291. ISSN 1804-7122.

VELKOBORSKÁ, J. a J. SMUTNÁ. Základy ošetrování pacientů islámské kultury. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3, s. 22. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VRUBLOVÁ, Y. *Kultura a zdravotní péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2011. 66 s. ISBN 978-80-7464-086-5.

8. Seznam příloh

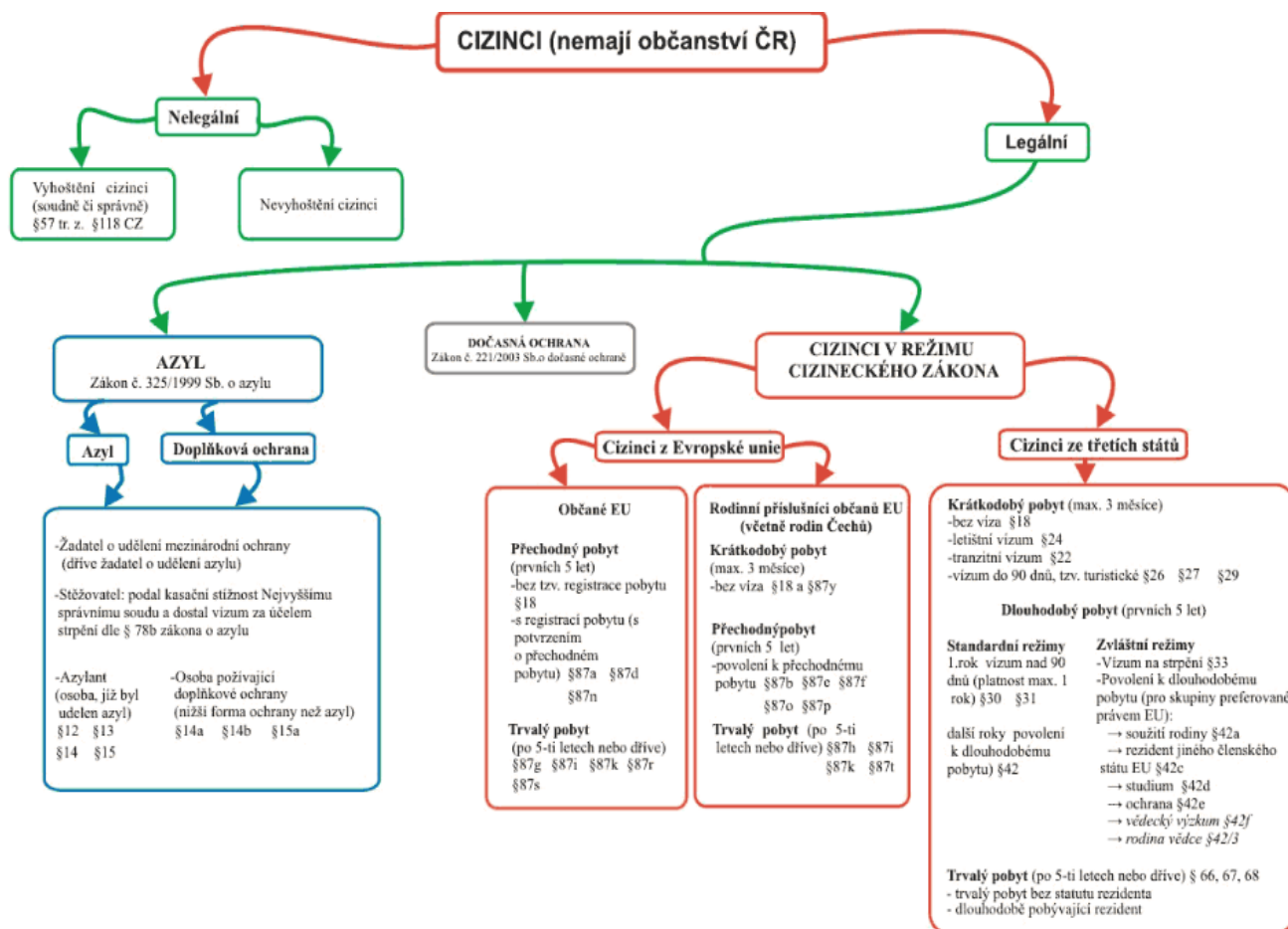
Příloha 1 – Tabulka druhů pobytů cizinců v České republice

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor s respondenty

Příloha 3 – Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Příloha 4 – CD přepisy rozhovorů

Příloha 1 – Tabulka druhů pobytů cizinců v České republice



Zdroj: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva

Dostupné z: <http://cizinci.poradna-prava.cz/tabulka-pobytu.html>

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor s respondenty

Identifikační údaje

- A. Jméno (Iniciály):**
- B. Věk:**
- C. Zaměstnání:**
- D. Jazyk:**
- E. Země původu:**
- F. Náboženské vyznání:**
- G. Pobyť v ČR:**
- H. Počet let v ČR:**
- I. Důvod příjezdu do ČR:**

Setkání s českým zdravotnictvím

- A. Setkal jste se se zdravotní péčí v ČR?**
- B. V jaké formě (ambulantní, hospitalizace)?**
- C. Důvod hospitalizace?**
- D. Jaké bylo první setkání s českými zdravotníky?**
- E. Měl jste dostatek informací o nároku na zdravotní péči v ČR?**

Přístup zdravotníků

- A. Setkal jste se s diskriminací?**
- B. Pociťujete odlišný přístup zdravotníků k Vám od českých pacientů?**
- C. Chodíte raději k českým nebo k arabským lékařům?**
- D. Jakým jazykem se se zdravotníky dorozumíváte?**
- E. Změnil byste něco na chování zdravotníků k Vám?**

Pohled na české zdravotnictví a sestry

- A. Máte v české zdravotnictví důvěru?**
- B. Co si myslíte o práci českých všeobecných sester?**
- C. Myslíte si, že je vhodné, aby sestra nosila při výkonu své práce šátek vyjadřující její náboženské vyznání?**

Srovnání zdravotní péče

- A. Jaká je zdravotní péče ve Vaší rodné zemi?**
- B. Je chování českých zdravotníků odlišné od chování arabských při kontaktu s pacientem?**
- C. Jaké vidíte rozdíly v českém zdravotnictví oproti arabskému?**

Příloha 3 – Seznam otázek pro rozhovor se sestrami

Identifikační údaje

- 1) Nejvyšší dosažené vzdělání:**
- 2) Počet let ve zdravotnictví:**
- 3) Současné pracoviště (oddělení):**

Kontakt s arabským pacientem

- 1) Pokud jste se setkal/a s pacientem z arabských zemí, jednalo se o muslima či křesťana?**
- 2) Vy sám/sama pocít'ujete, že k arabským pacientům přistupujete odlišným způsobem než k ostatním pacientům?**
- 3) Jakým způsobem jste s daným pacientem komunikoval/a?**
- 4) Vyžadoval arabským pacient nějaké specifické úkony (zvláštní dieta, prostor pro modlení atd.)?**
- 5) Jaké největší problémy pocít'ujete při ošetřování arabských pacientů?**
- 6) Jaký názor máte na nošení šátku u sester při výkonu jejich povolání vyjadřující jejich náboženské přesvědčení?**

Multikulturní ošetřovatelství

- 1) Myslíte si, že máte dostatek informací k poskytování vhodné ošetřovatelské péče muslimským pacientům?**
- 2) Setkal/a jste se s problematikou multikulturního ošetřovatelství? Pokud ano, uveďte prosím kde.**