

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra kulturních a náboženských studií

Bakalářská práce

Zdravotní péče o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy

Autor: Barbora Kaválková

Studijní program: B6107 – Humanitní studia

Obor: Transkulturní komunikace

Vedoucí práce: ThLic. David Bouma, Th.D.

Hradec Králové 2019

Zadání bakalářské práce

Autor: Barbora Kaválková

Studium: P16P0777

Studijní program: B6107 Humanitní studia

Studijní obor: Transkulturní komunikace

Název bakalářské práce: **Zdravotní péče o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy**

Název bakalářské práce Health care for muslim patients from transcultural perspective
Aj:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je koncipována do dvou částí. První, teoretická deskriptivní část pojednává o samotném transkulturním ošetřovatelství a jeho přínosu v současném světě. Závěr teoretické části je orientován na islám a zdravotní péči o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy. Praktická část práce je zaměřena na kvantitativní výzkum, který je prováděn se zdravotními sestrami v Královéhradeckém kraji. Cílem dotazníku je zjistit, zda respondenti jsou schopny se přizpůsobit kulturně-nábožensky odlišným pacientům.

HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. Multikulturní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1. KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, Blanka, ed. Základy asijských náboženství. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0832-4. KOLEKTIV. Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, 119 s. ISBN 80-7042-344-7. KROPÁČEK, Luboš. Duchovní cesty islámu. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7021-925-6. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007, 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5. ŘÍČAN, Pavel. Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál, 2007, 326 s. ISBN 978-80-7367-312-3. SOUKUP, Václav. Antropologie: teorie člověka a kultury. Praha: Portál, 2011, 741 s. ISBN 978-80-7367-432-8. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jaroslava KRÁLOVÁ a Lubomír HOUDEK. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X. TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLIŠAROVÁ. Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017, 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4. VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. Spiritualita v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0088-8.

Garantující pracoviště: Katedra kulturních a náboženských studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: ThLic. David Bouma, Th.D.

Oponent: Mgr. Luděk Jirka, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.3.2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci „*Zdravotní péče o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy*“ vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a pouze s použitím pramenů a literatury, které jsou řádně citovány a uvedeny v seznamu.

V Hradci Králové 19. 6. 2019

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce ThLic. Davidovi Boumovi, Th.D. za jeho pomoc, ochotu, vstřícnost a cenné rady. Touto cestou bych ráda poděkovala i respondentům, kteří si našli drahocenný čas a s ochotou spolupracovali na mém výzkumu.

Anotace

KAVÁLKOVÁ, Barbora. *Zdravotní péče o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 63 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce je koncipována do dvou částí. První, teoretická deskriptivní část pojednává o samotném transkulturním ošetřovatelství a jeho přínosu v současném světě. Závěr teoretické části je orientován na islám a zdravotní péči o muslimské pacienty z transkulturní perspektivy.

Praktická část práce je zaměřena na kvantitativní výzkum, který je prováděn se zdravotními sestrami v Královéhradeckém kraji. Cílem dotazníku je zjistit, zda respondenti jsou schopni se přizpůsobit kulturně-nábožensky odlišným pacientům.

Klíčová slova: Islám, komunikace, transkulturní ošetřovatelství, zdravotní péče, zdravotní sestra

Annotation

KAVÁLKOVÁ, Barbora. *Health care for muslim patients from transcultural perspective*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2019. 63 pp. Bachelor Degree Thesis

The bachelor thesis is conceived in two parts. The first, theoretical, descriptive part of the discussion on transcultural nursing itself and its contribution to the contemporary world. The conclusion of the theoretical part is focused on Islamic health care for Muslim patients from a transcultural perspective. The practical part is focused on quantitative research, which is carried out with nurses in Hradec Králové region. The aim of the inquiry is to determine whether they are responsible for adapting culturally-religiously different patients.

Keywords: Communication, health care, Islam, nurse, transcultural nursing

Obsah

Úvod.....	10
1. Komunikace	12
1.1. Verbální komunikace	12
1.1.1 Interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci.....	13
1.2. Neverbální komunikace	14
1.2.1. Transkulturní neverbální komunikace.....	15
1.3. Komunikace ve zdravotnictví	15
1.3.1. Kontraproduktivní komunikace v ošetrovatelství	16
1.4. Transkulturní komunikace v ošetrovatelství	17
1.4.1. Východiska pro komunikaci s mimočeskými klienty	18
1.5. Komunikace s muslimskými pacienty.....	19
2. Transkulturní ošetrovatelství.....	20
2.1. Faktory ovlivňující transkulturní péči	21
2.2. Zásady transkulturní ošetrovatelské péče.....	21
2.3. Transkulturní a multikulturní péče	22
2.4. Terminologie.....	23
2.4.1. Kultura	23
2.4.2. Kultura a jazyk	23
2.4.3. Kulturní šok.....	23
2.4.4. Etnocentrismus	24
2.4.5. Biokulturalizmus	24
2.4.6. Kulturní bolest.....	24
2.4.7. Ošetrovatelství.....	25
2.4.8. Náboženství.....	25
2.5. Spiritualita a religiozita v ošetrovatelství.....	26
2.5.1. Jak se s pacienty dorozumět o duchovních věcech	27
2.5.2. Duchovní tíseň	29
3. Muslimský pacient	30
3.1. Muhammad	30
3.2. Korán.....	31
3.3. Tradice- Sunna	31
3.4. Šarí'a.....	32
3.5. Pět pilířů islámu	32
3.5.1. Šaháda	32
3.5.2. Modlitba- Salát.....	33

3.5.3 Zakát.....	33
3.5.4. Sawm.....	33
3.5.5. Hadždž	34
3.6. Zdraví a nemoc muslimského pacienta	35
3.6.1 Smrt a umírání.....	35
3.6.2 Transplantace orgánů	36
3.6.3 Pitva	36
3.6.4 Islámská zdravotnická etika	37
3.7. Muslimská žena jako pacientka	37
3.7.1. Menstruace	37
3.7.2. Antikoncepce.....	38
3.7.3. Vyšetření ženy.....	38
3.7.4. Gynekologie	38
3.7.5. Kojící a těhotné ženy při ramadánu.....	39
4. Praktická část	41
4.1. Cíle.....	41
4.2. Hypotézy	41
4.3. Metodologie	41
4.4. Výzkumná část.....	42
4.5. Analýza dat	55
Závěr	60
Bibliografie	61
Přílohy.....	64

„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní sty, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči“¹

Madeleine Leiningerová

¹ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 6

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu dvou osobních zkušeností. První z nich byla v době mého středoškolského studia zdravotnické školy. Měla jsem možnost vyzkoušet si práci s muslimskou pacientkou. Tato žena nebyla hospitalizovaná v nemocnici, nebyl zde nikdo, kdo by mi pomohl s, pro mě v tu dobu kulturně neznámou, ošetrovatelskou péčí, přizpůsobenou pacientce. Byla jsem tam jen já a Asma, muslimská žena, hovořící anglickým jazykem. Rukama a nohama jsme se dorozumívaly a postupně si vytvořily přátelský vztah. Začátky byly velmi náročné pro obě dvě strany. Já jsem se po prvé setkala tváří tvář s muslimkou a nestandardní péčí, kterou tato žena vyžadovala. Nechácala jsem, jak je možné, že něco tak důležitého a potřebného se na škole nevyučuje. Tato zkušenost mi zasela semínko do hlavy, že je potřeba s tím něco udělat. Přece jen, Česká republika má jedno z nejlepších zdravotnictví na světě, a přesto nevěnuje pozornost něčemu tak důležitému jako je respektování spirituality a kultury pacienta, za čímž se skrývá lidská důstojnost. Nesmíme zapomínat, že pacient není pouhý soubor symptomů, ale je především lidská bytost, která potřebuje pochopení a respektování své identity.

Druhá zkušenost, která mě definitivně utvrdila ve studiu transkulturního ošetrovatelství, se odehrála minulý rok. Tehdy jsem nebyla v pozici ošetřujícího, nýbrž jako pacient. Takto jsem si na vlastní kůži zkusila jaké to je prožívat kulturní šok a zároveň se bát o své zdraví. Tento velmi silný zážitek, který jsem prožívala na severu Srí Lanky, bych nepřála nikomu. Proto vím, jak nezbytné je provést opatření, které dopomůže předejít strachu z neznáma, a tím urychlit a zefektivnit jeho léčbu.

Tuto práci jsem rozdělila na dvě hlavní části. V první, teoretické části, se věnuji důležitým aspektům přispívající ke správné zdravotní péči nejen o muslimské pacienty. Prvním z nich je komunikace. Tento proces, ač se zdá být samozřejmý, bývá často odbytý, a to na úkor pacienta. Komunikace je nedílnou součástí transkulturní perspektivy ošetrování, proto jí je věnován dostatek prostoru v této práci.

Následující dvě kapitoly se vzájemně prolínají. Nejprve objasňuji samotný pojem transkulturní ošetrovatelství, který následně komparuji s multikulturním. Zmíním i důležitost spirituality a religiozity pacienta, načež navážu třetí kapitolou s názvem muslimský pacient. Aby zdravotní péče o muslima byla plnohodnotná, musíme pochopit samotný islám. Závěr teoretické práce je věnován muslimskému pacientovi, a jak mu přizpůsobit zdravotní péči u nás v České republice.

Praktická část je koncipována prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Pomocí dotazníků zjišťují, jak zdravotní sestry v Královéhradeckém kraji přistupují k multikulturnímu ošetřovatelství. Otázky jsou rozvrženy tak, aby mi daly zpětnou vazbu na vytyčené cíle. Cíle praktické části jsou uspořádány do tří okruhů. V prvním okruhu zjišťují, jak zdravotní sestry vnímají multikulturní ošetřovatelství, a zda ho aplikují při praxi. Druhý okruh otázek je koncipován ke zjištění, zda se zdravotní sestry dokáží domluvit s pacientem nehovořící českým jazykem. V třetím okruhu jsou otázky orientovány tak, aby určily, zda zdravotní sestry mají zkušenosti s ošetřováním pacientů jiných národností, zejména pacienty vyznávající islám.

1. Komunikace

Komunikace je společenský jev, kterým přenášíme a sdílíme informace mezi dvěma či více subjekty. Jedná se o přirozený proces, kterým sdělujeme a přenášíme informace, hodnoty, myšlenky, postoje.² Komunikace je určena k vytváření mezilidských vztahů, celá společnost je na komunikaci založena. Ve své podstatě nejde nekomunikovat. Komunikace je rozdělena na verbální a neverbální.

Komunikace má veliký podíl na porozumění mezi národy, etniky a rasami. Transkulturní komunikace je nepostradatelná při ošetřování imigrantů, uprchlíků a cestovatelů. Pochopení verbálních a neverbálních projevů je základ pro správnou komunikaci v multikulturním světě. Proto je na místě, aby se zdravotnický personál v tomto stále rozšiřujícím oboru vzdělával.³

1.1. Verbální komunikace

„nejvíce zla vychází z úst“

Arabské přísloví

Verbální komunikace je dorozumívání pomocí mluveného slova, či písma. Verbální komunikace je prezentace samotného jedince, ale i lidské společnosti.⁴ Pro srozumitelnost verbálních sdělení je nutností kontrolovat co chceme říci a jak to říci. Při sdělování informací se zdravotní sestra může dopouštět hned několika chyb, které vedou k nepochopení sdělovaných informací, a komunikačních šumů. Zdravotní sestra si neuspořádá své myšlenky toho, co chce říct, zahltí pacienta velikým množstvím informací a to vede k vypuštění všech informací ze strany pacienta. Nadále je potřebné, aby se zdravotní sestry vyvarovaly komunikačních chyb, které spočívají v ukazování své pomyslné nadřazenosti vůči pacientovi.

² IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005, str. 61

³ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 90

⁴ JANOUŠEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Praha: Grada, 2015, str. 10

To je zejména: přikazování, moralizování, souzení, povyšování, srovnávání s jinými pacienty, ironie, stereo typizace. ⁵ Zdravotní sestry by neměly zapomínat na fakt, že i ony se mohou stát pacientem.

Chybná verbální komunikace se může stát zdrojem sororigenie (*poškození pacienta nesprávným přístupem zdravotní sestry*), proto je nesmírně důležité mít na paměti, jak silný nástroj verbální komunikace je.

1.1.1 Interkulturní rozdíly ve verbální komunikaci

V multikulturním prostředí může být komunikace obtížná. Ovládnutí světového jazyka nám dopomáhá k dorozumění se mezi sebou, avšak nerozumí kultuře národa či etnika a tímto vznikají interkulturní komunikační problémy. ⁶

- Způsob oslovování

Každý člověk, i jednotlivé kultury mají jiné zvyklosti v oslovování. Proto je dobré se při seznámení s pacientem představit a říct, jak mě má oslovovat a je patřičné se ho zeptat na totéž. Hned ze začátku se vyhneme zbytečným nedorozuměním.

- Rozdíly v tykání a vykání

V českém jazyce rozlišujeme tykání a vykání tak jako ve všech slovanských jazycích. Podobně tomu je i v jazyce francouzském a německém. Oproti tomu v anglickém jazyce se nerozlišuje ty/vy, ale pokud někomu chceme vyjádřit úctu, použijeme oslovení pane a paní. Ve vietnamštině se nepoužívají výrazy ty/já. Na vyjádření úcty záleží na věku osoby. ⁷

- Rozdíly ve slovní zásobě

Tyto rozdíly jsou podmíněny geograficky, kulturně ale také formou života. Pro příklad, severské země mají podrobné pojmenování pro sníh, led, ryby, oproti tomu rovníkové země nemají téměř žádné pojmenování pro sníh, je potřeba umět tyto výrazy nahradit jiným odpovídajícím výrazem. ⁸

⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009, str. 35-36

⁶ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005, str. 64

⁷ Tamtéž, str. 64

⁸ Tamtéž, str. 64- 65

- Množství pravdy

Pro Evropana je standardní říkat pravdu podmíněnou morálními zásadami. Avšak například pro Afgánce toto tvrzení úplně neplatí.

Je pro ně přijatelnější trošku zalhat či neříct úplně pravdu, je podle nich lepší, než někoho úplnou pravdou poškodit či urazit.⁹

1.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je způsob dorozumívání pomocí široké škály projevů beze slov. Je považována za nejpůvodnější způsob dorozumívání a v celé komunikaci převládá většinou nad slovní komunikací.

U neverbální komunikace nesmíme opomenout, že je podmíněna kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Tyto faktory ji značně ovlivňují.¹⁰ Pokud disponujeme schopnostmi porozumění neverbální komunikaci, dokážeme získat informace, které komunikant verbálně říci odmítá. Nicméně je tu reálná hrozba špatné interpretace, která vede ke zkreslení poznatků. Avšak tomuto se můžeme vyhnout při respektování pravidel neverbální komunikace a zejména se vyvarovat posuzování neverbálních signálů dle sebe.¹¹

Rozlišujeme několik druhů neverbální komunikace¹²

- Mimika
- Proxemika
- Kinezika
- Pohledy
- Posturologie
- Haptika
- Paralingvistika
- Gestika

⁹ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005, str. 64-65

¹⁰ Tamtéž, str. 66

¹¹ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, str. 17

¹² IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005, str. 66

1.2.1. Transkulturní neverbální komunikace

Tato komunikace je proces, který probíhá beze slov mezi rozdílnými kulturami. Abychom se neverbálně mezikulturně dokázali dorozumět, je potřeba si uvědomit svoji vlastní kulturu. Učit se kulturám odlišným a dokázat je mezi sebou komparovat.¹³

Neverbální transkulturní komunikaci rozlišujeme dvěma způsoby.

- a) Klademe důraz na rozdílnost. Tedy sledujeme odlišnosti neverbální komunikace různých národů a kultur.
- b) Klademe důraz na neměnnost neverbálních projevů, s kterými se setkáváme skrze celou zeměkouli.¹⁴

Všechny kultury světa mají své systémy hodnot, zvyků, významů, jednání a společenských projevů. Proto existuje celá škála různých neverbálních projevů. Popisováním jednotlivých projevů daných kultur se zabývá sociální antropologie, která zkoumá kulturní systémy a normativní pravidla.¹⁵

Samozřejmě existuje i univerzální podoba projevů. Můžeme ji pozorovat u dětí, které se narodily slepé a hluché. Pláčou, když se jim něco nelíbí a smějí se, když mají radost, i když tyto projevy nemohly odpozorovat. Univerzální projevy taktéž spatřujeme i ve zdravotnictví. Zejména zatnutí pěsti při bolesti či zkrabacený obličej.¹⁶

1.3. Komunikace ve zdravotnictví

Za posledních dvacet pět let, můžeme pozorovat zvýšený nápor na zdravotníky, aby zlepšili komunikační dovednosti mezi pacienty a sami mezi sebou. Z výzkumů můžeme prokázat, že správná komunikace mezi zdravotnickým personálem a samotným pacientem pozitivně ovlivňuje několik faktorů. Například kratší délka léčby, se kterou úzce souvisí nižší náklady vynaložené na ošetřování.

¹³ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 74

¹⁴ Tamtéž, str. 74

¹⁵ Tamtéž, str. 74

¹⁶ Tamtéž, str. 74-75

Efektivita komunikace nadále ovlivňuje i samotnou úspěšnost léčby.¹⁷ Aby komunikace byla efektivní, musíme vzít v potaz několik faktorů: rychlost, okamžitá zpětná vazba, osobní vliv a délka.¹⁸

1.3.1. Kontraproduktivní komunikace v ošetrovatelství

Komunikace v ošetrovatelství má zásadní význam v kvalitě odvedené práce.¹⁹ Důležité je, aby se zdravotnický personál v oblasti komunikace zdokonaloval. S pomocí vzděláváním v komunikačních schopnostech mohou zdravotníci předcházet chybám v dorozumívání. V nepochopení sdělené informace ve zdravotnictví může docházet k fatálním chybám. Proto musí mít vždy na paměti šest bodů, které nám dopomáhají správně vést dialog.

- co jsme chtěli říct
- co bylo skutečně řečeno
- co druhé osoby slyšely
- co si druhé osoby myslí, že slyšely
- co druhé osoby říkají na to, co jste si myslely, že slyšely
- jak vnímáme to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšely.²⁰

Takto lze přecházet nedorozumění mezi komunikujícími a kontraproduktivní komunikací. Mezi největší problémy nesprávné a kontraproduktivní komunikací považujeme:

- Překroucení informací
- Komunikační zahlcení
- Nevhodná forma předávání zpráv
- Devalvace v komunikaci
- Manipulace.²¹

¹⁷ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, str. 37

¹⁸ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, str. 10

¹⁹ PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, str. 37

²⁰ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, str. 14

²¹ Tamtéž, str. 44-46

Problém může nastat i při komunikaci lékaře a pacienta. Je zjištěno, že pacienti si stěžují na nepochopení rozhovoru s lékařem.

Je prokázáno, že lékaři neposkytují dostatečný čas na rozhovor s pacientem, používají odborný slang, kterému běžní pacienti nerozumí, neposkytují jim informace, které je zajímají (informace o prognóze, diagnóze, příčinách a obtížích), protože lékaři nejčastěji hovoří o léčbě a farmakoterapii. Dalším kritickým problémem v komunikaci je, že se lékaři neptají na obavy a myšlenky pacienta. Celá tato nesprávná komunikace vede k nepochopení diagnózy, prognózy a samotné léčbě.²²

V okamžiku nesprávné komunikace lékaře by měla být po ruce zdravotní sestra, která si vyhradí čas na pacienta a vše s ním probere, proto je důležité, aby zdravotní sestra měla odborné znalosti a komunikativní schopnosti. To je problém, který nastává, aniž by situace byla ztížena kulturními rozdílnostmi.

1.4. Transkulturní komunikace v ošetrovatelství

Komunikace je podmíněna profesionální informovaností, jazykovými znalostmi, kulturními různostmi a tradic odlišných etnik. Transkulturní komunikace v ošetrovatelství podstatě znamená umění ovládat cizí jazyk a znát kulturní rozdíly. Vyvarovat se tak fatálním chybám, které vedou k neúspěšné péči o pacienta. *„Komunikace o duchovních postojích, hodnotách víry, obecných věcech života si vyžaduje velmi citlivý přístup, aby případný mezikulturní rozdíl nebyl zdrojem bolestných citů ani překážkou dorozumění a účinné spolupráce ve snaze o návrat ke zdraví.“*²³

Transkulturní komunikace je organizovaný proces, který umožňuje interakci mezi zdravotní sestrou a pacientem. Pro Českou republiku je toto nové téma, historicky nemá takovou zkušenost s migrací jako například Kanada či Velká Británie. Proto je potřebné vědět o problémech v komunikaci, které mohou nastat.

²² PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, str. 41

²³ DRESSER, N.: *Multicultural Manners*, 1996, New York, John Wiley, Leininger, M.: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*, 1994, New York: John Wiley and Sons. Reprint, Columbus, Ohio: Greyden Press, ISBN 0-07-037660-3

Nejčastějšími problémy, jež mohou nastat při ošetřování pacienta cizince jsou:

- jazyková bariéra
- porucha sociální interakce
- nesprávný přístup k léčebnému režimu

Předcházet těmto problémům můžeme pomocí správné komunikace. Ta vyžaduje následujících sedm bodů:

1. Zjistit, zda je možné komunikovat v třetím jazyce (angličtina, němčina, aj.)
2. Mluvit pomalu a zřetelně
3. Používat gesta a obrázky (komunikační karty)
4. Používat jednoduché věty a zejména se vyhýbat lékařské terminologii
5. Po sdělení informace si ověřit, zda pacient skutečně rozuměl
6. Sledovat neverbální příznaky bolesti, strachu a nepochopení
7. Uvědomit si specifika českého jazyka, jako je například uvádění kalendářních měsíců, zde je lepší používat čísla²⁴

1.4.1. Východiska pro komunikaci s mimočeskými klienty

„K východiskům úspěšné komunikace patří v ošetrovatelském prostředí mezi prvními očekávání lepšího bytí, případně lepšího a spravedlivějšího světa.“²⁵ Toto tvrzení je natolik univerzální, že se stává předpokladem k navázání komunikace s pacientem cizincem. Překonání obav z tohoto hovoru je dobrou investicí k prolomení bariér a navázání kontaktu. K překlenutí komunikačních bariér nám neposlouží nic víc než humor a radost. Jsou to velmi silné faktory, které ovlivňují prognózu pacienta a mají terapeutické účinky. (*Smích dokáže zvyšovat určitý typ bílých krvinek, který tvoří obranou schopnost imunitního systému*)²⁶

²⁴ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 89-90

²⁵ Tamtéž, str. 32

²⁶ Tamtéž, str. 32-33

1.5. Komunikace s muslimskými pacienty

Pro každého pacienta je nepříjemné, když si lékař nenajde dostatek času na rozhovor. Muslimové to prožívají ještě intenzivněji. Mohou nabývat dojmu, že jsou smrtelně nemocní, i když tomu tak není.

Proto je nutné si pro muslimského pacienta najít dostatek času a vše mu řádně vysvětlit. S tím se pojí další problém, a to ten, že muslimové bývají natolik hrdí, že neřeknou pokud něčemu nerozumí.²⁷

Obecně u muslimských pacientů je dobré se vyvarovat následujícím věcem:

- Hovořit o rodinných a intimních problémech, to platí vždy v komunikaci s opačným pohlavím
- Ptát se fyziologické funkce (močení, stolice, krvácení, zvracení) opět toto platí zejména v komunikaci s opačným pohlavím
- Vyvarovat se vyptávání na počet dětí svobodné ženy- přijímá to jako urážku, či výsměch a poskvru za to, že nemá děti
- Dlouhý intenzivní oční kontakt, opět toto pravidlo platí zejména k opačnému pohlaví
- Podání ruky. U ortodoxních muslimů podání ruky je nepřipustné. Jednou z indicií jak poznat, že pacient o podání ruky nestojí, je postoj s rukama za zády. Místo toho je vhodnější dát si ruku na srdce. Ovšem jsou muslimové, kteří přijali tyto zvyky a mohou být rozladěni, pokud se jim podání ruky nedostane.²⁸

²⁷ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1. S. 222

²⁸ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1. S. 222-223

2. Transkulturní ošetřovatelství

Prolínání světa doléhá i na zdravotníky, kteří se stále častěji setkávají s rozmanitými kulturami. Předpokládá se, že zdravotnický personál bude poskytovat péči, která kulturně nelimituje pacienta. Zdravotní péče by nejen neměla poškozovat, ale musí přinášet pozitivní výsledky, a to s respektem ke kultuře, z které pacient pochází. Kvalita péče tedy nesmí být ovlivněna faktory jako jsou: národnost, etnický původ, náboženství a vyznání, politické názory, světové názory, sociální status, stáří, pohlaví, nemoci a zdravotní postižení.²⁹

V padesátých letech dvacátého století jako první s kulturně přizpůsobenou ošetřovatelskou péčí přišla Madeleine Leiningerová.³⁰ Toto poznání nazvala teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče. Tím se rozumí použití stejných a odlišných symbolů kultur při poskytování ošetřovatelské péče. Tato teorie formuje podstatu transkulturního ošetřovatelství.³¹

Pojem transkulturní ošetřovatelství se dá vymezit jako komparativní metoda, která vyhledává podobnosti a rozdílnosti v péči o pacienta. Nadále je to praktický i teoretický obor, který poskytuje efektivní, individuální léčbu podmíněnou kulturou. Právě kultura má vliv na obvyklé fungování člověka v běžném životě.³²

Proti transkulturnímu ošetřování se často používají argumenty ve smyslu důležitosti univerzální péče, ačkoliv si spousta těchto lidí neuvědomuje důležitost identity každé osoby, která je úzce spjata s kulturou každého člověka. Respektování pacientovy kultury je nejen etickou otázkou lidských práv, ale i otázkou kvalitní a efektivní péče. Smyslem transkulturního ošetřovatelství je kvalitně odvedená práce, která závisí na kooperaci s pacientem.

²⁹ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005, str. 56

³⁰ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada, 2006, str. 10

³¹ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada, 2006, str. 24

³² *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 6-7

Jedná se o individuální přístup, který zajišťuje a naplňuje přirozené lidské potřeby.³³ Světová zdravotnická organizace v roce 1994 přijala dokument *Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámeček*. V tomto dokumentu je několikrát apelováno na respektování kultury pacienta v rámci poskytování ošetrovatelské péče.³⁴

2.1. Faktory ovlivňující transkulturní péči

- Trvalý vzestup migrace
- Kulturní vědomí
- Rozšíření elektronické komunikace, která přispívá k sblížení světa
- Množství právních kroků, které podnikají klienti na obhajobu svých kulturních práv
- Pohyb zdravotnického personálu³⁵

2.2. Zásady transkulturní ošetrovatelské péče

Zásady mohou být využity jako rádce, jak pečovat o lidi z rozdílných kultur. Tyto zásady slouží jako materiál pro lepší interakci mezi pacientem a ošetrujícím.

- Potřeba humánní péče s respektováním dané kultury
- Respektovat pacientovu víru, hodnotu, zvyky a způsoby léčby.
- Znalost transkulturní péče, holistický přístup a adekvátní poznatky z ošetrování jsou důležité k pochopení: jazyka, světového názoru, kulturních hodnot, zvyků, způsobů péče, náhled na nemoc a zdraví
- Transkulturní přístup vyžaduje porozumění vlastní kultuře
- Transkulturní ošetrovatelství vyžaduje navázání blízkého kontaktu mezi pacientem a zdravotní sestrou. Tento přístup vede k profesionální léčbě. Tyto poznatky pak poslouží pro postup při dalším setkání s rozdílnou kulturou
- Pozorování, rozvaha a spoluúčast je nedílná součást profesionální transkulturní péče

³³ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 6

³⁴ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005, str. 12

³⁵ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 8-9

- Nezbytné je rozumět verbální a neverbální komunikaci dané kultury
- Zdravotní sestry realizující transkulturní přístup, respektují lidská práva a nezpůsobují svojí péčí kulturní tabu
- Chápání pacienta v kulturním kontextu tvoří základ pro správnou péči

2.3. Transkulturní a multikulturní péče

Transkulturní ošetřovatelství a multikulturní ošetřovatelství je často chápáno jako synonymum. Ačkoliv mají mnoho podobného, stejný ošetřovatelský přístup to není. Transkulturní ošetřovatelství klade důraz na holistickou metodologii. Tato metoda znamená plnohodnotnější chápání lidského života. Jazyk, umění, historie a spiritualita je vnímaná celostně. Transkulturní péče má i prediktivní vlastnost (*je schopnost předpovídat na základě vlastních zkušeností. V ošetřovatelství nám toto pomáhá odhadnout možné reakce na danou situaci*).³⁶ „*Transkulturní ošetřovatelství je významná oblast studia a praxe orientovaná na komparativní významy kulturní péče (pečování), víry a praktiky individuální a skupin stejných či odlišných kultur. Cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetřovatelskou péči praktikované pro zdravé a nemocné lidi a nebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem.*“³⁷ Takto definovala transkulturní ošetřovatelství M. Leiningerová, průkopnice toho oboru.

Oproti tomu multikulturní ošetřovatelství je spíše vědecký obor zahrnující edukační činnost. Multikulturní ošetřovatelství vychází z multikulturalismu, ten ponechává kulturu jedince a vnímá ji jako ohraničený celek. Ovšem v praxi to vedlo k nerovnoprávnému soužití, nýbrž k prohlubování rozdílů mezi jednotlivými kulturami.³⁸ Takto můžeme chápat i samotné multikulturní ošetřovatelství. Respektujeme pacientovu kulturu a poskytujeme mu kulturně podmíněnou péči. Multikulturní výchova je vhodná k edukaci, ale v praxi je potřebný komplexnější přístup.

Vnímat pacienta ne jako soubor kulturních znaků, ale jako člověka s vlastní identitou. Tak dochází k lepší interakci a k pochopení mezi dvěma cizími světy.

³⁶ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 8

³⁷ LEININGER, M., McFARLAND, M. R. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Researches and Practice.* New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002, str. 46

³⁸ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada, 2005, str. 14-17

2.4. Terminologie

2.4.1. Kultura

Kultura je jeden z nejhůře definovatelných pojmů. Clifford Geertz se ztotožňuje s Maxem Webrem: „Člověk je zvíře zavěšené do pavučiny významů, kterou si samo upředlo, považují kulturu za tyto pavučiny a její analýzu tudíž nikoliv za experimentální vědu pátrající po zákonu, nýbrž za vědu interpretativní, pátrající po významu.“³⁹

„Do pojmu kultura zahrnuje nejen pozitivní hodnoty, ale všechny nadbiologické prostředky a mechanismy, jejichž prostřednictvím se člověk jako člen společnosti adaptuje k vnějšímu prostředí.“⁴⁰

Kultura reprezentuje celistvý celek, který zařazuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, umění, zvyky, poznání. Kulturu můžeme chápat jako společný způsob cítění reality, myšlení a chování.⁴¹

2.4.2. Kultura a jazyk

Jazyk můžeme považovat za jednu z nejdůležitějších složek naší kultury. Považujeme ho za nejdůležitější sdělovací prostředek, díky němuž si předáváme veškeré informace, vědomosti a hodnoty. Jazyk je nedílnou součástí sociální interaktivity, sloužící nám k určení toho kým jsme a bezpochybně slouží k evoluci naší kultury. Jazyk je nedílnou součástí naší sociální identity.⁴²

2.4.3. Kulturní šok

Kulturní šok je připodobněn stavu, kdy se jedinec ocitne v neznámém prostředí. To způsobuje strach, diskomfort, dezorientaci z cizím kultury.⁴³

³⁹ GEERTZ, Clifford. *Interpretace kultur: vybrané eseje*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000, str. 15

⁴⁰ SOUKUP, V.: *Antropologie teorie člověka a kultury*. Praha: Portál, 2001, s. 37

⁴¹ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005, str. 26

⁴² MURPHY, Robert Francis. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Vyd. 2. Přeložil Hana ČERVINKOVÁ. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2004, str. 38

⁴³ IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005, str. 30

2.4.4. Etnocentrismus

Při kvalitní transkulturní péči musíme brát zřetel, že každý člověk je souborem svých vlastních kulturních hodnot, má vlastní prožitky a zkušenosti, které utvářejí vlastní identitu. Neplatí to pouze na pacienta, ale i na zdravotní personál, který by se měl s pomocí uvědomění vlastní identity vyvarovat nechťnému etnocentrismu.⁴⁴

Etnocentrismus je mechanismus, který můžeme považovat za exemplární systém předsudků. Jedinec nadřazuje svoji kulturu nad všechny ostatní. Jádrem etnocentrismu je sebestřednost, xenofobie, generalizace společností.⁴⁵ Opak etnocentrismu je kulturní relativismus, ten spočívá v uvědomění si existence ostatních kultur, které mají stejnou váhu jako ta jejich.⁴⁶

2.4.5. Biokulturalizmus

Biokulturalizmus je disciplína zabývající se biokulturními faktory, které ovlivňují vnímání na bolesti, reakce na nepříjemné pocity atd. Jsou prokázány nemoci, které se vyskytují pouze v určitých kulturách.⁴⁷

Pocity, symptomy a bolest jsou kulturně podmíněné. Pacient může vykazovat rozdílné symptomy k nemoci, než na jaké jsme zvyklé. Například Vietnamci prožívají nemoci stoicky. To znamená, že v jejich kultuře není neobvyklé při bolesti se usmívat. Oproti tomu například arabští či romští pacienti bolest prožívají velmi emotivně s doprovodem verbální a neverbální komunikace.⁴⁸

2.4.6. Kulturní bolest

Freud rozlišoval dva typy bolesti. Schmerz a Umlust. První, Schmerz, je považována za fyzickou bolest. Druhá, Umlust, je považována za jakési proti potěšení. Freud se zabýval principem bolesti slasti. Tím se rozumí vyhýbání bolesti a vyhledávání slasti.

⁴⁴ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 12

⁴⁵ ČENĚK, Jiří, Josef SMOLÍK a Zdeňka VYKOUKALOVÁ. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly.* Praha: Grada, 2016, str. 54-57

⁴⁶ Tamtéž, str. 54

⁴⁷ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 22

⁴⁸ Tamtéž, str. 88

To můžeme aplikovat k přirovnání návštěvy zubaře, kde člověk podstoupí krátkodobou bolest s vyhlídkami na dlouhodobější prospěch. Ovšem z historického měřítka byla v několika kulturách bolest vyhledávána. Například v Ázerbájdžánu si úmyslně vytvářeli popáleniny, aby došli k duchovnímu očištění.⁴⁹

Relativně novým pojmem je kulturní bolest. Je nedílnou a velmi důležitou součástí transkulturního ošetřovatelství. Tento pojem můžeme rozdělit do dvou kategorií. První bolest je chápána jako duševní zranění, které může zdravotnický personál způsobit nevhodnými výroky, kterými může způsobit diskomfort a ponížení. Například je krajně nevhodné mluvit o barvě pleti a dalších tělesných konstitucích. Druhou kategorií bolesti je bolest fyzická. Nesmíme opomíjet fakt, že bolest není univerzální, nýbrž je kulturně determinovaná. Jeden z předpokladů správné kompetentní péče je fakt, že zdravotní personál by měl ovládat disciplínu biokulturalizmu.⁵⁰

2.4.7. Ošetřovatelství

Hlavním bodem ošetřovatelství je pomoc nemocným lidem. Definujeme to jako: „*pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou úmrtí.*“⁵¹

2.4.8. Náboženství

Definovat náboženství, není zcela jednoduché a jednoznačné. Mnoho lidí za pravé a jediné náboženství považuje právě to jejich. Další potíž spočívá ve vyjádření samotného pojmu. Velké množství náboženství nelpí ve víře v Boha, celá řada z nich nereprezentuje transcendentnost. Můžeme tedy zjednodušeně říct, že náboženství je vztah k posvátnu.⁵²

⁴⁹ MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetřovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2007, str. 75

⁵⁰ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 22

⁵¹ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 8

⁵² NEŠPOR, Zdeněk R. a Dušan LUŽNÝ. *Sociologie náboženství*. Praha: Portál, 2007, str. 15

Durkheim definuje náboženství: „*Náboženství je jednotný systém víry a praktik vztahujících se k posvátným věcem, to jest k věcem odtažitým a zakázaným; systém víry a praktik, které sjednocují všechny své přívržence v jediném morálním společenství nazývaném církev.*“⁵³

2.5. Spiritualita a religiozita v ošetrovatelství

Abychom mohli být úspěšní v aplikování transkulturní komunikace v ošetrovatelství, musíme dokázat rozeznat od sebe dva blízké pojmy - spiritualita a religiozita.⁵⁴ Spiritualita jako taková má kořeny v křesťanství. Odkazuje k třetí božské osobě, tedy k Duchu svatému. Ovšem pojem spiritualita se během 20. století rozšířil i mimo oblast křesťanství. Můžeme ji chápat jako přesahující zbožnost, která není podmíněná žádnou institucí. Spiritualita tím, že se stala individuální a nezávislou na institucích se odpoutala od křesťanství a začíná vytvářet své duchovní hodnoty. Na západě ji můžeme vnímat jako alternativu k religiozitě, která asociuje již něco zastaralého a strnulého, oproti tomu spiritualita je spojována s osobním rozvojem, individualismem a nadějí.⁵⁵

Religiozitu můžeme chápat jako pozitivní postoj člověka k náboženství, zejména k Bohu. Individuální hodnotový systém, který je s každým náboženstvím proměnlivý. Můžeme ji popsat jako subjektivní vztah k onu náboženství se sociální vazbou, která se vztahuje ke komunitě stejného vyznání.⁵⁶ Religiozita musí být svobodná cesta, ke které není nikdo dotlačen.

Religiozita a spiritualita, spolu úzce souvisí. Zinnbauer říká, že spiritualita je širší pojem, který zahrnuje náboženství. Náboženství je pouze jednou z možností jak svoji spiritualitu vyjádřit.⁵⁷

Na první pohled si zdravotníci mohou myslet, že respektování pacientova duchovna nemá žádnou souvislost s fyzickým zdravím. Musíme se podívat na přímou souvislost duchovna a naděje.

⁵³ DURKHEIM, Émile. *Elementární formy náboženského života*. Praha: Oikoymenh, 2002, str. 55

⁵⁴ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 31

⁵⁵ VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012, str. 12

⁵⁶ HACKLOVÁ, Renata. Religiozita a spiritualita jako cesta k budování resilientních charakteristik u mladých lidí. *Paidagogos* [online]. Paidagogos - Society For Philosophy, Theory and Praxis of Education, 2014 [cit. 2019-05-11].

⁵⁷ ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, str. 45-46

Tím se nám otevírají pomyslné dveře k pochopení důležitosti zachování duchovna pro pacienta. Pozitivní postoj pro pacienta, který přemýšlí nad svojí budoucností je nejen důležitým východiskem pro psychickou pohodu, ale má přímý vliv na jeho fyziologii. Naděje, očekávání uzdravení je natolik univerzální jev, že se z něho stává prostředek pro transkulturní ošetrovatelství.⁵⁸

2.5.1. Jak se s pacienty dorozumět o duchovních věcech

Spiritualita a náboženství ovlivňuje život, jejich hodnoty, názory, postoje k sobě i k ostatním, ale taky vztah k životu a smrti, případně nemoci. Právě duchovní stránka člověka se více, než kdy jindy objevuje při nemoci či umírání. Víra velmi silně ovlivňuje, jak člověk a jeho rodina přistupují k nemoci a smrti. Ve většině případů je víra silným pomocníkem při zvládání takto těžkých situací pojíci se s nemocí a umírání. Nesmím zapomenout zmínit, že i taková religiózní doktrína může mít své zápory. Například u svědků Jehovových, kteří i v dvacátém prvním století odmítají krevní transfuzi a jejich životy jsou leckdy předčasně ukončeny, jen právě kvůli tomu.⁵⁹

Konstruktivní rozhovor o duchovní složce pacienta jde jen za předpokladu kooperativního rozhovoru silnou dávkou empatie a ochoty naslouchat. Účinným pomocníkem při rozhovoru je i spirituální didaktika.⁶⁰

- Zvyšování vědomí

Zvyšování vědomí je obecný princip, který pomáhá v rozšiřování rozhledu. Často stačí nabídnout širší alternativy vidění života, nemoci. To platí i v případě, že pacient bere svoji nemoc jako trest za něco. Ukázání druhé stránky nemusí být pro pacienta tolik tíživé.⁶¹

- Katartické techniky- spočívají ve vnitřním očistění od negativních emocí. Do těchto technik spadá zejména emoční úlevy, laicky – vypovídání se. Vztahuje do toho i sublimace negativních emocí (křivda z nemoci, hněv, strach) například pomocí muzikoterapie, ergoterapie.⁶²

⁵⁸ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 32

⁵⁹ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II.* Praha: Grada, 2006, str. 90-91

⁶⁰ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 35-37

⁶¹ Tamtéž, str. 37

⁶² *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 37

- Telické a paratelické posuny

Telické jednání – člověk se zaměřuje na cíl a paratelik je člověk, který hledá radost ze samotného procesu, průběhu činnosti. Skloubením těchto dvou pólů, může pacient zažívat pacient radost i v tísněném čase.⁶³

- Modlitba

Modlitba je duchovním terapeutickým prostředkem. Můžeme ji považovat za komunikaci mezi Bohem a pacientem. Prostřednictvím modlitby se pacient svěřuje a hledá odpovědi.

⁶⁴

- Návčik zvládání

Zvládání pomocí dvou způsobu

- a) Externí adaptace. Tím se rozumí přizpůsobení podmínek zvenčí. Například, pacient si nechá přinést své duchovní potřeby, nebo pozve duchovního. Je potřebné to respektovat a přizpůsobit mu podmínky k adaptaci
- b) Interní adaptace. Toto je druhá alternativa, jak přijmout skutečnost své nemoci. Tato adaptace spočívá v přehodnocení vnitřních hodnot. Jde o realistické porozumění své cesty bez zbytečných katastrofických scénářů.⁶⁵

- Harmonie a harmonizace

Harmonie přímo ovlivňuje kvalitu života. Jde o blahodárné vnitřní rozpoložení, vedoucí k vyváženosti a klidu. Pomoc pacientovi s jeho harmonizací závisí na důkladném probrání jeho pocitů a postojů s přítomnosti dostatečné laskavosti a empatie.⁶⁶

⁶³ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 37-38

⁶⁴ Tamtéž, str. 38

⁶⁵ Tamtéž, str. 38-39

⁶⁶ Tamtéž, str. 39

2.5.2. Duchovní tíseň

„Narušení životního principu, který proniká celou lidskou bytostí a integruje a transcenduje biologickou a psychologickou podstatu jedince.“⁶⁷

Duchovní tíseň můžeme definovat jako narušenou víru, která pomáhá zvládat těžkosti života pomocí naděje existenciálním smyslem. Duchovní tíseň ve vztahu k pacientovi může být způsobena:

- a) Krize způsobená chorobou, umíráním, bolestí a utrpením
- b) Neschopnosti se zúčastňovat religiózních obřadů
- c) Konfliktem mezi duchovními nařízení (například již výše zmíněný svědek Jehovův, který má možnost uzdravení při aplikaci transfuze či být věrný svému náboženství pod hrozbou smrti)⁶⁸

Sestry by měly být na pozoru, jestliže se pacienti zeptají například na: „chodíte do kostela?“ nebo „co se se mnou stane po smrti?“ toto jsou jasné indicie, že pacient by si o tom rád s někým pohovořil.⁶⁹ Pokud diagnostikujeme duchovní tíseň, je potřebná realizace k navrácení zpět pacientovy víry. Je vhodné najít klidné místo. Větší nemocnice mívají své tiché místnosti na meditace či rozhovory s duchovními.⁷⁰ Tím dáváme pacientovi možnost plnit své náboženské zvyklosti. Dále je potřebné, aby pacient opět našel smysl své existence a došel k smíření.⁷¹

⁶⁷ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006, str. 96

⁶⁸ ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006, str. 96

⁶⁹ Tamtéž, str. 97

⁷⁰ Tamtéž, str. 98-99

⁷¹ Tamtéž, str. 98-99

3. Muslimský pacient

Muslimové věří, že lidé se rodí jako nehříšné osoby, které se hříšnými mohou stát v průběhu života, vědomě i nevědomě. Lidé od Alláha jako největší dar dostali rozum a intelekt. Odtud pramení veškerý zákaz všech omamujících prostředků jako jsou, jakákoliv narkotika a alkohol. Ty totiž rozostřují naši mysl, tedy ten nejvyšší dar od Boha. Proto je nadále zakázáno veškeré poškozování těla, tím se myslí piercingy, tetování, plastická operace a další. Člověk je stvořen Alláhem, tím se stává tělo i mysl posvátným dílem Boha, o které se musí člověk důkladně starat.⁷²

Abychom dokázali kvalitně provádět transkulturní/multikulturní péči, je potřeba znát samotnou kulturu/ náboženství. Islám je nejmladší ze tří monoteistických náboženství, které vzniklo na Blízkém východě. Muslimové považují dvě starší monoteistická náboženství, tedy křesťanství a judaismus za důležitou součást jejich prorocství, samotné slovo Islám znamená odevzdání se do boží vůle.⁷³

3.1. Muhammad

Muhammad je považován za zakladatele muslimského náboženství. Narodil se nejspíše roku 570 na Arabském poloostrově v městě Mekka a patřil do rodu Hášimovců. Vyrůstal jako sirotek v chudé rodině. Jeho finanční situace se zlepšila, když si vzal bohatou vdovu. Číst a psát se s velikou pravděpodobností nikdy nenaučil, avšak pro jeho příznivce a následovatele je to příznivý fakt, který vrhá transcendentnost na původ Koránu, který nemohl být dílem negramotného člověka.⁷⁴

První zjevení se datuje k roku 610. Oznámení o novém náboženství se z počátku neujalo. Muhammad, byl odsuzován a považován za blázna či podvodníka. Jeho začátky nebyly jednoduché, dokud neudělal úmluvu s několika lidmi z města Jathribu, že se stane jejich prorokem, kterého budou muset následovat a chránit. Následně Jathribu bylo přejmenováno na Madínat an-Nabí neboli město prorokovo, česky Medína.⁷⁵

⁷² HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace : manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8. Str. 27

⁷³ Tamtéž, str. 11

⁷⁴ KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, Blanka, ed. *Základy asijských náboženství*. Praha: Karolinum, 2004, str. 76

⁷⁵ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011

Muhammad byl zvolený nejen prorokem víry, ale také se stal politickou hlavou celé obce. Krátce po návratu ze své poslední poutě dne 5. 6. 632 zemřel. Muhammad nečinil zázraky, ale Korán je jeho zázrak a důkazem Boha.⁷⁶

3.2. Korán

„Pro muslimy je Korán nejvznešenějším svatým Písmem, konečným a nepřekonatelným Alláhovým zjevením pro lidstvo“⁷⁷

Muslimové věří, že jde o přímou interpretaci slova Božího, zprostředkovatelem od jediného Boha Alláha, je archanděl Gabriel, který se zjevoval Muhammadovi. Korán má 77 934 slov, 114 kapitol a 6204-6236 veršů.⁷⁸

Samo slovo korán, vychází ze slova „přednášet“ což se dá vyložit jako přednes zjevení prorokovi. Muslimové občas dávají Koránu přívlastek „uctivý“.⁷⁹ Není pochyb, že pro muslimy je toto Písmo velmi důležité, úctu ke Koránu dokazují například tím, že někteří se tento rozsáhlý a těžký text snaží naučit nazpaměť. Dokonce se pro děti a mládež pořádají soutěže v přednesu. Ten, kdo umí Korán nazpaměť přednést, patří přídomek *háfiz*.⁸⁰

3.3. Tradice- Sunna

V období kdy Muhammad žil, bylo zodpovězeno mnoho důležitých otázek, bezprostředně po vzniku problému. Například po bitvě u Uhudu se mnoho žen stalo vdovami. Následně po bitvě se dostavilo Muhammadovi zjevení, které spočívalo v povolení polygamie do počtu čtyř žen.⁸¹

Problém nastal, když Muhammad jakožto poslední, seslaný prorok Alláhem zemřel. Nově vznikající konflikty neměl kdo řešit. Muslimové čelili problému s výkladem těžkých úryvků Koránu.

⁷⁶ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011, str. 23

⁷⁷ MAURER, Andreas. *Příručka pro komunikaci s muslimy*. Přeložil Jarmila KOVÁČOVÁ, přeložil Tomáš KOLAŘÍK, přeložil Vladimíra LASOTOVÁ. Albrechtice: Křesťanský život ve spolupráci s nakladatelstvím Lukáš Lhořan ve Pstruží, 2014, str. 45

⁷⁸ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 16

⁷⁹ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011, str. 28

⁸⁰ Tamtéž, str. 28

⁸¹ Knotková-Čapková str. 80

Nebylo ani vyřešeno, jak se má chovat muslim v běžném životě. Z toho to důvodu, nejasně formulovaných odpovědí, které muslimové hledali, se rozhodli sbírat Muhammadovi výroky *hadísy* a zapisovat je. Sunna tedy pojedná o Muhammadovi v běžném životě, do kterého řadí: rodinný život, hospodářské záležitosti, ale i osobní hygienu.⁸²

3.4. Šarí'a

Islámské právo je označované jako šarí'a. Můžeme si toto slovo vyložit jako cesta k následování. Nyní je šarí'a chápána jako právo, nicméně ne tak jak ho známe v evropském měřítku.⁸³ šarí'a je soubor hodnot a norem, které prostupují do všech částí života. Jako je třeba rodina a politika.

3.5. Pět pilířů islámu

Na pilířích Koránu a Sunny, bylo v 8-10. století vypracováno muslimskými právníky právní systém, který zahrnuje povinnosti běžného občana vůči Bohu, ale také směrnice, které ukazují, jak se má správný muslim chovat v rodinném a společenském životě.⁸⁴

3.5.1. Šaháda

Šaháda je prvním z pěti pilířů. Znamená „svědectví“. Jde o vyznání, svědectví, že neexistuje jiného Boha než Alláha a Muhammad je jeho posel. *„Ašhadu an lá iláha illá' lláh wa Muhammadan rasúlu 'lláh. Vyznávám, že není božstva kromě Boha a Muhammad je posel Boží.“*⁸⁵

Pokud se člověk chce stát muslimem, musí přednést Šahádu před islámským státníkem. Je důležitá poctivost a pochopení tohoto vyznání. V širším pojetí je ochoten za vyznání Šahády bojovat a položit vlastní život.⁸⁶

⁸² MAURER, Andreas. *Příručka pro komunikaci s muslimy*. Přeložil Jarmila KOVÁČOVÁ, přeložil Tomáš KOLAŘÍK, přeložil Vladimíra LASOTOVÁ. Albrechtice: Křesťanský život ve spolupráci s nakladatelstvím Lukáš Lhořan ve Pstruží, 2014, str. 49-51

⁸³ SLÁDEK, Karel. *Křesťanství a islám v liberálním státu: výzvy tradice a současnosti*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2011, str. 247

⁸⁴ KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, Blanka, ed. *Základy asijských náboženství*. Praha: Karolinum, 2004, str. 84

⁸⁵ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011, str. 92

⁸⁶ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011, str. 92

3.5.2. Modlitba- Salát

Modlitba je významnou povinností každého muslima. Je vnímána jako soukromá rozprava mezi modlícím a Bohem, která nesmí být ničím a nikým narušena. Zdravý muslim se modlí pětkrát denně, avšak dle Muhammada je povolené se modlit i mimo vyhraněné časy, je to ukázkou zbožnosti a oddanosti Bohu.⁸⁷

Modlitba je validní pouze tehdy, když jsou dodrženy určité zásady při modlení a to:

- Směr modlení. Vždy se musí modlit směrem k Mekce, a to na čistém místě.
- Je důležité umět modlitebný text v arabštině a umět k němu veškeré nutné pohyby, které doprovází modlitbu.
- Znalost modlitebních časů.
- Čistota-Tahára, se věnuje morální, rituální a tělesné čistotě. Islám připisuje velikou důležitost čistotě, dokonce Muhammad ji označil za polovinu víry.

3.5.3 Zakát

Neboli Almužna. Dobročinná almužna je třetí povinností muslima. Almužna spočívá v tom, že každý muslim, jehož příjem přesahuje stanovené minimum, musí zaplatit jednou ročně minimálně 2,5% ze svých příjmů. Zakát se doporučuje věnovat postiženým a chudým. Taktéž je vhodné dávat peníze na stavbu mešity či nemocnice.⁸⁸ Korán důsledně určí, kdo má možnost využít podíl z almužny. Jsou to: Chudí, výběřčí almužny, otroci, ti co si jej zaslouží bohulibým činem.⁸⁹

3.5.4. Sawm

Pro muslimy je během celého měsíce ramadánu je povinný půst. Půst začíná ráno a končí se západem sluncem. Půst není jen o vynechání jídla, ale taktéž to platí i o pití, kouření a je nutná i sexuální zdrženlivost. Muslim, který dodržuje půst, by měl být starší čtrnácti let, být duševně zdravý a rituálně čistý.

⁸⁷ KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu*. 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011, str. 102

⁸⁸ BAHBOUH, Charif, Jiří FLEISSIG a Roman RACZYŃSKI. *Encyklopedie islámu*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd, 2008, str. 327

⁸⁹ FLEISSIG, Jiří a Charif BAHBOUH. *Malá encyklopedie islámu*. Praha: Dar Ibn Rushd, 1993, str. 19

Neměl by se ho účastnit nemocný člověk, žena v době těhotenství, menstruace a při kojení. Podle islámské tradice půst prospívá zdraví, ale i psychické síle.⁹⁰

Při ramadánu by měl být zdravotnický personál v pozoru. Je možné, že bude mít přímý vliv na úspěšnost léčby. Proto je nesmírně důležité, aby zdravotnický personál byl kulturně kompetentní a znalý ramadánu, jaké jsou výjimky, kdy ramadán podstupovat a kdy to může ohrozit pacienta. Musíme brát zřetel zejména u nemocí diabetologických, kardiovaskulárních, gastrointestinálních.⁹¹

3.5.5. Hadždž

Pout' do Mekky patří k nejdůležitějším povinnostem muslima, který by ji měl absolvovat minimálně jednou za život. Pokud mu to neumožňuje zdravotní stav či finance, je možné, aby za sebe poslal zástupce, který ji vykoná za něj. Hlavním svatostánkem je Ka'ba. Hadždž, neboli velká pout', se vykonává v posledním měsíci islámského lunárního kalendáře. Po skončení je očekávaná zastávka u Prorokova hrobu v Medíně. Při vstupu na posvátná místa si muži oblékají ihrám, což jsou dva kusy látky bílé barvy, které nejsou sešité k sobě. Žena se ihrámem musí odít celá včetně hlavy. Žena nesmí vstoupit na posvátné místo bez doprovodu muže.⁹²

⁹⁰ BAHBOUH, Charif, Jiří FLEISSIG a Roman RACZYŃSKI. *Encyklopedie islámu*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd, 2008, str. 244

⁹¹ ABOLABAN, Heba a Ahmad AL-MOUJAHED. Muslim patients in Ramadan: A review for primary care physicians. *Avicenna Journal of Medicine* [online]. Medknow Publications, 2017 [cit. 2019-05-11]

⁹² FLEISSIG, Jiří a Charif BAHBOUH. *Malá encyklopedie islámu*. Praha: Dar Ibn Rushd, 1993, str. 134-136

3.6. Zdraví a nemoc muslimského pacienta

Základy islámské medicíny datujeme k devátému až třináctému století. Islámská medicína velmi přesahovala křesťanský standart v péči o nemocné. Zdraví bylo vždy chápáno jako určitý druh harmonie duševní a fyzické pohody.⁹³

Salím, pojmenování zdravého člověka. Jedná se o slovní význam, který znamená uštknutý hadem. Dříve tento čin byl chápán jako dobré znamení, které předpovídá o štěstí. Korán zmiňuje nemoc minimálně, spíše hovoří o uzdravení srdce. Srdce- Qalb je podstata všeho. Nejedná se o srdce jako lidský orgán, nýbrž o spirituální podstatu. „*Srdce je spojkou mezi dočasným bytím na tomto světě a bytím věčným.*“⁹⁴

Muslimové vnímají nemoc jako zkoušku od Alláha, kterou si je prověřuje. Dostávají možnost si uvědomit nemoci srdce, které je vedou k očistě od hříchů. Tím celý proces nemoci nevnímají po psychologické stránce nijak negativně. Věří, že čím větší nemocí si museli projít, tím dostanou větší odměnu.⁹⁵

3.6.1 Smrt a umírání

„*A zahyne všechno kromě tváře Jeho - a Jemu náleží rozhodnutí a k němu budete navrácení*“⁹⁶

Součástí práce je i péče o umírající muslimy. Tak jako u každého jedince na světě, nejen muslima, je zapotřebí vědomostí o paliativní péči. V religiozní skupině, abychom mohli obstarat kvalitní paliativní péči, je nutné znát jejich samotný přístup ke smrti, zvyklosti a tradice spojené se smrtí.⁹⁷

Smrt není pro muslimy konec, nýbrž je to přestup do života nekonečné blaženosti.⁹⁸ Dobrá mimo pozemská existence muslima zaručuje dobré skutky a činy, které během svého života vykonal.⁹⁹

⁹³ TŮMA, Jirí, Milada KREJČÍ a Václav HOŠEK. *Spiritualita wellness*. Praha: Grada, 2018, str. 8

⁹⁴ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 28

⁹⁵ Tamtéž, str. 28-29

⁹⁶ *Korán*. Přeložil Ivan HRBEK. Praha *Korán*. Přeložil Ivan HRBEK. Praha: Levné knihy, 2010, str. 350

⁹⁷ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 81

⁹⁸ TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLÍŠAROVÁ, ed. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017, str. 135

⁹⁹ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 81

Ačkoliv si každý muslim přeje umírat doma po boku svých blízkých, občas se stane, že musí z určitých důvodů zůstat na nemocničním lůžku. Vzhledem k tomu, že se s umírajícím chodí loučit jeho příbuzní a přátelé, není neobvyklé, že během několika dní se s umírajícím muslimem přijde rozloučit kolem osmdesáti lidí. Což může vyústit v problém v nemocnici, kde jsou návštěvy regulovány hodinou a počtem návštěvníků. Celé hodiny u umírajícího stojí jeho nejbližší a modlí se. Tím se pojí rituální umytí a natočení lůžka směrem k Mekce.¹⁰⁰

Bezprostředně po smrti se muslimu zavírají oči a ústa. Jeho tvář by měla zůstat otočena čelem k Mekce. Omyté tělo se zabalí nejlépe do bílého hábitu, v kterém byl oděn na pouti do Mekky. Pohřbívá se velmi rychle, nejlépe několik hodin po smrti. Truchlení obvykle trvá tři dny. Výjimkou je těhotná žena, který truchlí do porodu. Během těhotenství je osvobozena od truchlení při všech návštěvách gynekologických kontrol, které jsou nezbytnou součástí těhotenství. Tato vyšetření by měla vdova vždy vykonávat s ženským doprovodem, nejlépe ze strany zemřelého manžela.

3.6.2 Transplantace orgánů

Transplantace orgánů je liberálnější než pitva. Ačkoliv původní tradice vypovídá o tom, že tělo patří Alláhovi, nám tedy nepřísluší darovat část těla někomu jinému. Avšak díky modernizaci tohoto náboženství můžeme spatřovat zejména v Anglii, Turecku, Maroku, Tunisku a Indonésii jistý převrat, kde považují záchranu člověka jako něco bohulibého.

101

3.6.3 Pitva

Nedílnou součástí zdravotnického personálu je obstarat pitvu. Ovšem v Islámu stále hluboce zakořeněná potřeba rychle pohřbit mrtvého. Po staletí je totiž v islámu zachována představa o tom, že zesnulí ještě cítí bolest. Pokud pitvu nařídí koroner, nezbyvá muslimské rodině nic jiného než s tím souhlasit, ovšem vždy si musíme být vědomi toho, jakou bolest to způsobuje pozůstalým.¹⁰²

¹⁰⁰ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 88-89

¹⁰¹ Tamtéž, str. 92

¹⁰² Tamtéž, str. 91

3.6.4 Islámská zdravotnická etika

Tato etika vychází z posvátnosti života, který jim svěřil, daroval Alláh. Vzhledem k tomu, že my na rozdíl od Alláha život nestvořili, nejsme tedy ti, kteří ho vlastní. Je zásadní nezapomínat na to, že muslimská mentalita je rozdílná od té naší. Hlavní zásady péče o muslimy jsou: 1) Respektování autonomie- pacient se rozhoduje sám, pokud mu to dovolí jeho psychický stav. 2) Prospívat pacientovi- to znamená přijímat rozhodnutí, které vedou k pozitivnímu jednání. 3) Neuškodit pacientovi ¹⁰³

3.7. Muslimská žena jako pacientka

Dle Koránu je žena rovna muži. Ovšem v běžném životě je žena vnímaná odlišně od muže, a to nejen po biologické stránce. Do jaké míry si může žena být rovna s mužem je dáno tím, v jaké společnosti žije. Nemůžeme tedy hodnotit komplexně, je očividně veliký rozdíl vnímání žen v Turecku a v Íránu.

Žena muslimské víry, si může vzít za manžela pouze muže muslima, oproti tomu muž si smí vzít ženu nemuslimku. Avšak společné děti jsou vychovávány v islámské víře. Zde je spojené riziko pro ženu, která nekonvertuje k islámu, v případě rozvodu nemá možnost se nadále podílet ve výchově dětí, ty patří otci, to samé platí i o majetku.

3.7.1. Menstruace

Menstruace je pro každou ženu naprosto přirozená, v islámu je chápána jako něco nečistého. Ženy v té době nesmějí chodit do mešit, modlit se, držet půst a ani se nesmějí vypravit na pouť do Mekky. V případě potřeby je možné hormonálně poupravovat cyklus, tak jak ženě vyhovuje.

S menstruací se pojí vážný problém s odmítáním lékařské péče v době menstruace. Pokud žena patologicky krvácí či krvácí mimo cyklus, může to znamenat vážnější onemocnění, které je potřebné zavčas řešit, může se jednat i bezprostřední ohrožení života ¹⁰⁴.

¹⁰³ *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, str. 73

¹⁰⁴ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 34-40

3.7.2. Antikoncepce

Jedno z nejrozporupnějších témat, které se v Islámu ohledně sexuality řeší. Islámská kultura upřednostňuje rozmnožování. Dokonce prorok zakázal přerušovanou soulož. Nicméně v této problematice je znatelná určitá modernizace. Antikoncepti jako takovou islám neschvaluje, avšak nijak netrestá ty, kteří ji přijímají. Dokonce nejliberálnější muslimské společnosti spíše hovoří pro ni.¹⁰⁵

3.7.3. Vyšetření ženy

Zde se ukazuje spousta úskalí, avšak i zde velmi záleží na stupni ortodoxie. Například v Afganistánu a Iráku je typický doprovod muže na jakékoliv vyšetření. V těchto krajinách se setkáváme i s běžným vyšetřením například břicha přes oděv pacienty.¹⁰⁶ Taktéž záleží na vyznání ošetřujícího lékaře, lékař muslim zná veškeré atributy, kdežto na ne vyznavače islámu je pohlíženo s určitou opatrností. Vdané ženě musí být vždy na blízku její manžel, oproti tomu svobodnou ženu musí doprovázet muž z blízké rodiny. Větší problém nastává při vyšetření prsu a genitálií. Ženy jsou vychovávány ve velmi konzervativní víře a je u nich patrná jejich stydlivost.

Tato vyšetření jsou pro ženy velmi traumatizující, proto se v nemocnicích snaží mít zastoupení ženského zdravotnického personálu, které pomáhají s vyrovnáváním stresu jak pro samotnou pacientku, tak i pro její rodinu, která je ujištěna, že pacientka nebude sama s mužem. Za těchto okolností zpravidla rodina dovolí svěření ženy do péče zdravotníků.¹⁰⁷

3.7.4. Gynekologie

Tento medicínský obor vykonávají zpravidla lékařky, tím se předchází zbytečnému napětí. Je dobré v této kapitole zmínit zákrok, který se v určitých islámských zemích stále provádí. Ženská obřízka.¹⁰⁸

¹⁰⁵ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 41-42

¹⁰⁶ BITNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ. *Etnické komunity: v kulturní a sociální různosti*. Praha: Vydala FHS UK, 2010, str. 274

¹⁰⁷ HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 42-44

¹⁰⁸ Tamtéž, str. 46

Ačkoliv pro naši kulturu se jedná o nejvzdálenější gynekologický výkon, není vyloučeno, že se v českých nemocnicích nesetkáme s tímto postižením.

Tento výkon obsahuje několik stupňů obřízky na zevních rodidlech. Ze zdravotnického hlediska se jedná o zákrok s dlouhodobými zdravotními i psychologickými problémy, které výrazně ovlivňují kvalitu života.¹⁰⁹

Ženská obřízka se dělí do 4 kategorií. První, nejlehčí formou je klitoridektomie. Tento zákrok spočívá v odstranění části nebo celého klitorisu. Druhý typ se vyznačuje odstraněním celého klitorisu a částí malých stydkých pysků. Ve třetím stupni jsou odstraněny velké pysky ze dvou třetin. Poslední stupeň tedy totální infibulace je odstraněn klitoris spolu s velkými a malými pysky. Vše je sešito a ve většině případů zjizveno. Ponechává se pouze malý otvor na vyústění menstruační krve a moči.¹¹⁰

Každý zdravotník, ošetřující ženu s mutilací musí přistupovat obzvlášť profesionálně, šetrně a být dostatečně informován o všech komplikacích, které toto postižení zpravidla doprovází. Pacientce by měla být i nabídnuta profesionální psychologická léčba.

Genitální mutilace není vyžadována Koránem ani nespadá do tradic Proroka.¹¹¹

3.7.5. Kojící a těhotné ženy při ramadánu

Ačkoliv jsou osvobozeny od dodržování půstu, spousta žen má strach ze ztráty požehnání od Alláha. Toto zcela jistě s sebou nese riziko pro ženu i plod. Na druhé straně je vyděšená žena, která se bojí, že přijde do nemilosti Boží. Pozice zdravotníka není přesvědčit o nutnosti dodržování stravovacího návyku i v době ramadánu. Jsou totiž prokázána alarmující čísla, která poukazují na špatný vývoj plodu, na nedostačující nutriční hodnoty a množství spontánních abortů ne při půstu, ale při tom, kdy půst dodržován nebyl.

¹⁰⁹ ROZTOČIL, A. PESCHOUT, R. GENITÁLNÍ MUTILACE AFRICKÝCH ŽEN [online] *Moderní babictví* 6, 2005. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-6/?pdf=115> [navštíveno: 3. 3. 2019]

¹¹⁰ Tamtéž

¹¹¹ JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019, str. 198

Způsobuje to matkám natolik veliký stres, který vede k depresím, a ty zapříčiňují již výše zmíněné komplikace. Ramadán by měl být obdobím klidu a míru, proto většinou nezpůsobuje zvětšené riziko pro matku a plod.¹¹²

¹¹² HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016, str. 67

4. Praktická část

4.1. Cíle

1. Zjistit, zda zdravotní sestry se běžně setkávají s jinými národnostmi
2. Zjistit, zda zdravotní sestry v ČR se setkávají s islámskou kulturou
3. Zjistit, zda mají obavy z práce s muslimy
4. Zjistit, zda se běžně vyučuje multikulturní ošetřovatelství na SZŠ
5. Zjistit, postoj zdravotních sester na multikulturní ošetřovatelství
6. Zjistit, zda vědí jak se starat o muslimského pacienta
7. Zjistit, zda zdravotní sestry se dokáží domluvit s anglicky mluvícím pacientem

Cíle práce jsou rozděleny na tři okruhy. První okruh je zjištění, jak zdravotní sestry vnímají multikulturní ošetřovatelství. Zda ho umějí aplikovat v praxi a mají zájem se v tomto oboru vzdělávat. Pokud má zdravotní sestra správně vykonávat multikulturní péči, je zapotřebí, aby disponovala komunikačními schopnostmi. Druhý okruh práce se zabývá tím, zda se zdravotní sestry dokáží dorozumět s pacientem, nehovořícím českým jazykem. Případně zda si dokáží pomoc komunikačními kartami. Třetí okruh je poskládán z otázek zaměřující se na islám. Zjišťuje, zda zdravotní sestry mají zkušenost s pacienty jiné národnosti, zejména s pacienty vyznávající islám.

4.2. Hypotézy

H1: Zdravotní sestry nemají znalost multikulturního ošetřovatelství

H2: Zdravotní sestry si nejsou vědomy důležitosti respektování pacientova náboženství

H3: Zdravotní sestry se nedokáží domluvit s pacientem nehovořícím jejich jazykem

4.3. Metodologie

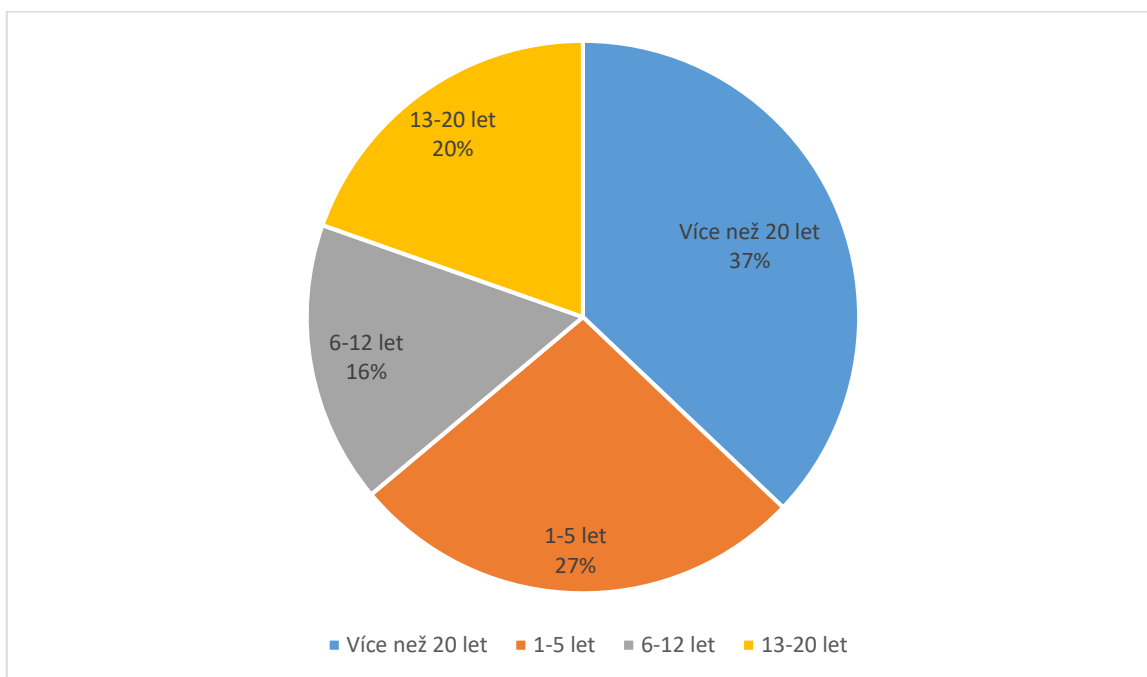
Pro praktickou část jsem vybrala kvantitativní dotazníkovou metodu.¹¹³ (Příloha 1) 150 dotazníků jsem rozdala do různých zdravotnických zařízení v Královehradeckém kraji. 102 dotazníků se vrátilo vyplněných, z toho dalších 5 bylo neúplných, tedy nekompetentní pro vyhodnocení. Vycházela jsem tedy z 97 řádně vyplněných dotazníků od respondentů.

¹¹³ HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, str. 82

Jednotlivé výsledky otázek jsou zpracovány do výšečových grafů zaznamenaných v procentech. Doplněny popisem a komentářem.

4.4. Výzkumná část

Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

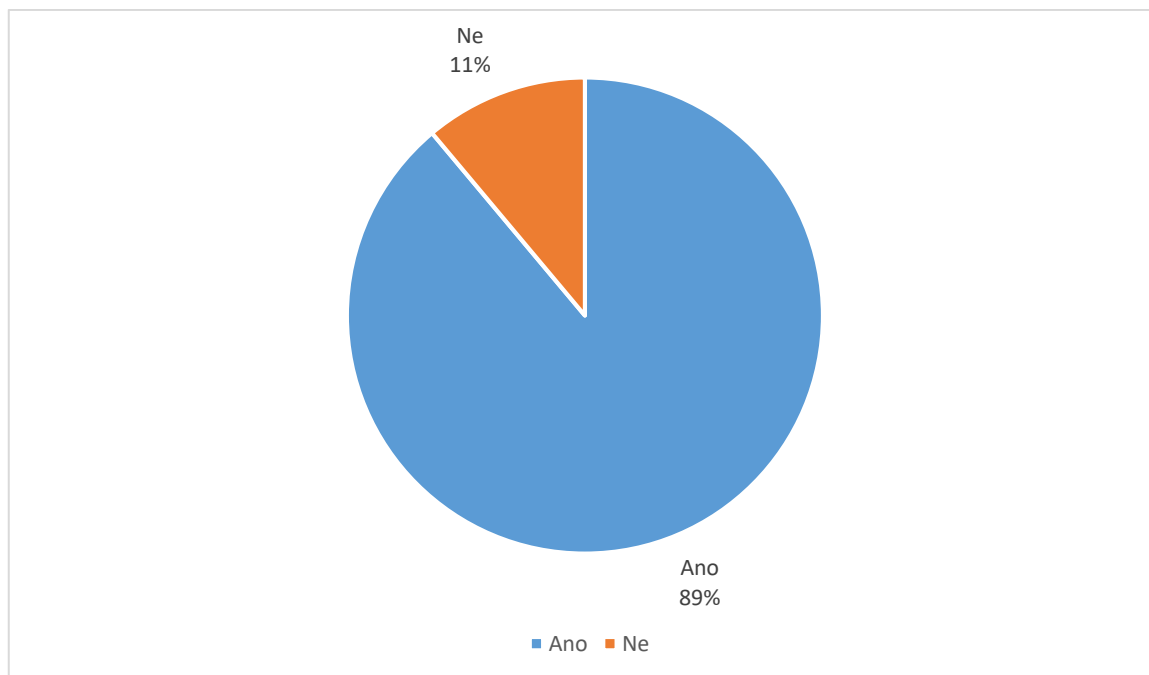


Graf 1 - Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?[%]

Z otázky č. 1 vyplývá, že respondenti jsou, z velkého věkového rozsahu. 37% respondentů uvedlo, že jsou ve zdravotnické praxi déle než 20 let. 27% respondentů naopak uvedlo, nejnižší možnou hranici pro svoji praxi a to 1-5 let. 20% respondentů uvádí, že jejich praxe trvá 13-20 let. Nejméně počet z uvedených možností je zastoupena odpověď 6-12 let praxe ve zdravotnictví, které je zastoupeno 16%.

Nejdéle pracující respondent ve zdravotnictví, si připisuje chvályhodných 41 let praxe.

Otázka č. 2: Pečovali jste o pacienta jiné národnosti? Při výběru odpovědi ano, napište prosím, jaké národnosti pacient byl.



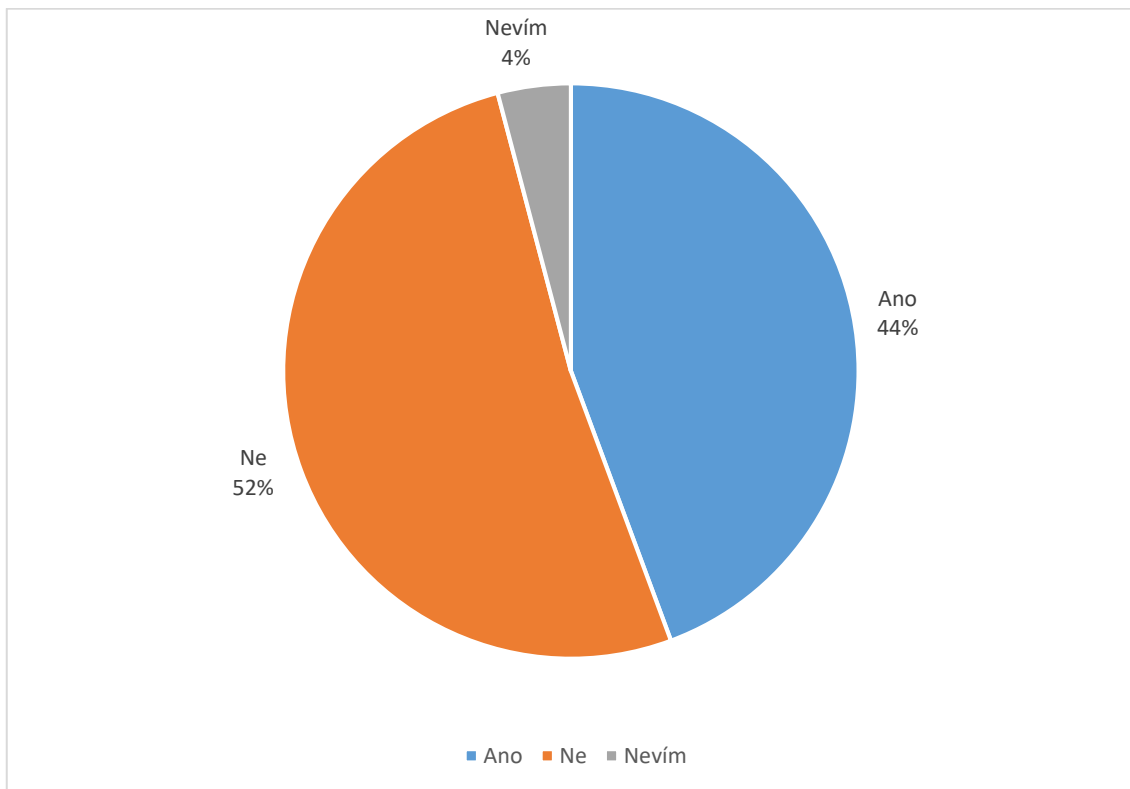
Graf 2 - Pečovali jste o pacienta jiné národnosti? [%]

V otázce č. 2 odpovědělo pouze 11% respondentů, že se nikdy nestarali o pacienta jiné národnosti. Z 11% respondentů, 7 z nich pracuje ve zdravotnictví 1-5 let, 4 respondenti uvádí, že pracují ve zdravotnictví 6-12 let.

89% respondentů se setkala s pacientem jiné národnosti. Při výběru této odpovědi respondenti odpovídali, s jakou národností se za dobu své kariéry setkali. Mezi nejčastěji uvedené národnosti patří: vietnamská, ukrajinská, rumunská, slovenská, ruská, mongolská, německá a italská. Mezi méně časté národnosti patří: egyptská, turecká, arabská, čínská, japonská, kuvajtská a gruzínská.

Z těchto odpovědí vyplývá, že pro vybrané respondenty není neobvyklé setkání s pacientem rozdílné národnosti.

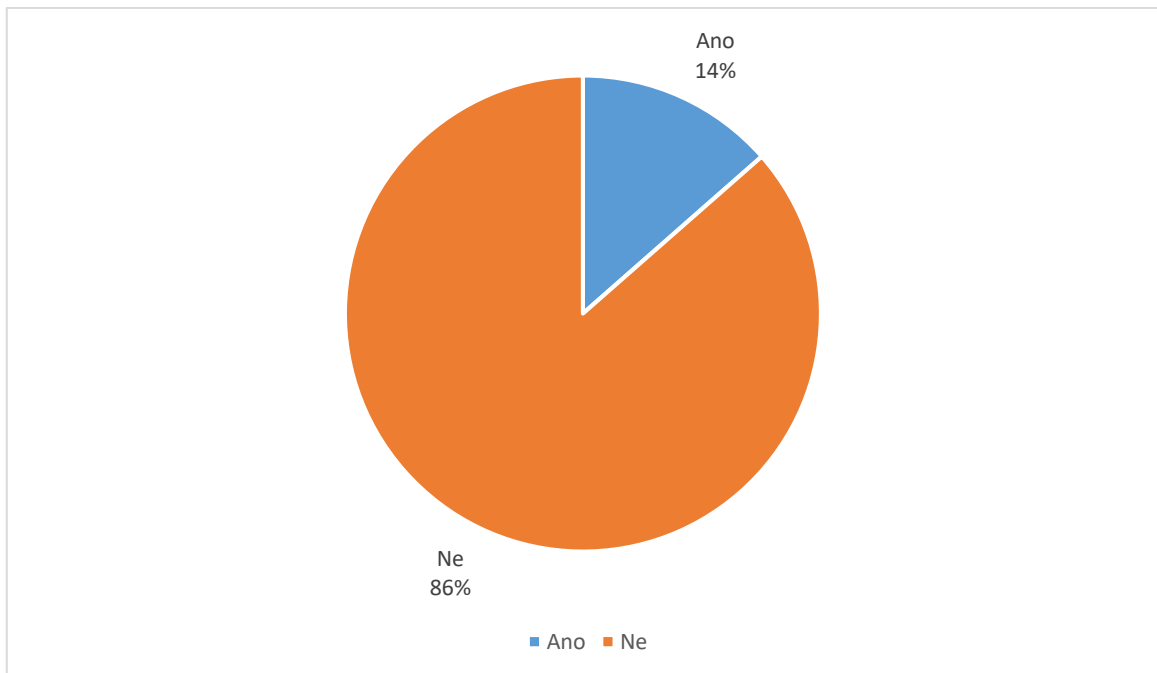
Otázka č. 3: Ošetřovali jste muslimského pacienta?



Graf 3 - Ošetřovali jste muslimského pacienta? [%]

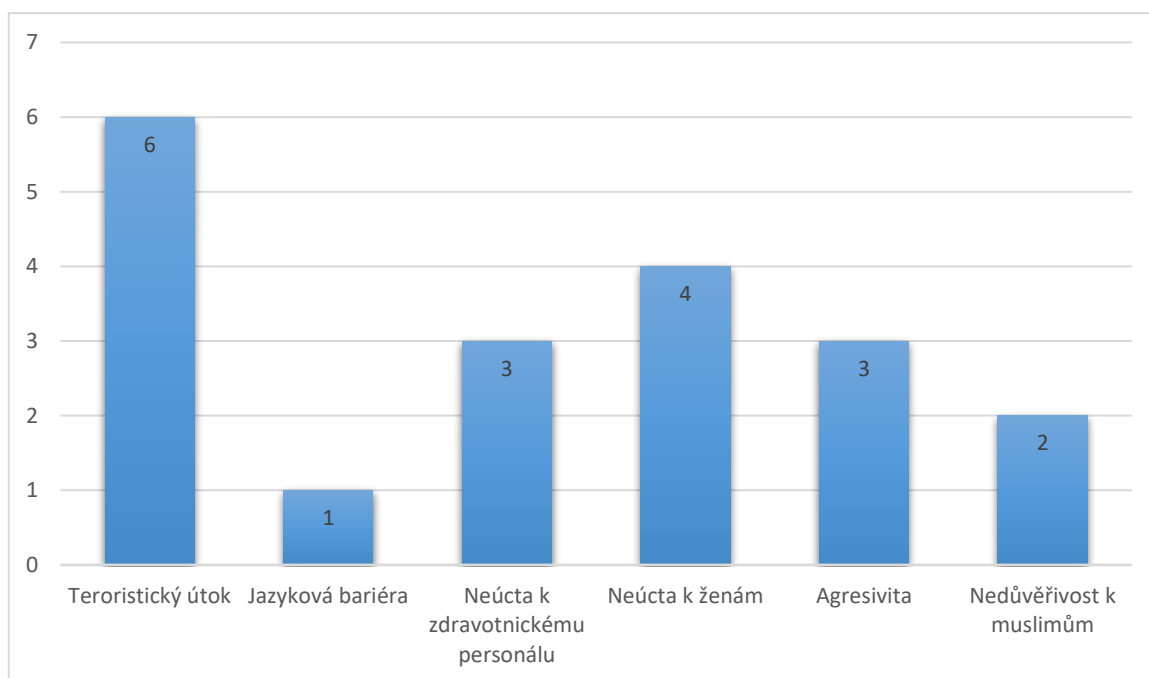
V otázce č. 3 odpovědělo 52% respondentů, že se nikdy za dobu své kariéry ve zdravotnictví nesetkali s pacientem muslimem. Oproti tomu 44% respondentů uvedlo, že se již starali o pacienta islámského vyznání. Pouze 4% respondentů neví, jak poznat, že pacient je muslim.

Otázka č. 4: Máte obavy z ošetřování pacienta islámského vyznání? Při výběru odpovědi ano, prosím uveďte, o jaké obavy se jedná.



Graf 4 - Máte obavy z ošetřování pacienta islámského vyznání? [%]

V otázce č. 4 zjišťuji, kolik respondentů má obavy z ošetřování muslimů. 86% respondentů odpovědělo, že nemají žádné obavy z péče o pacienta islámského vyznání. 14% respondentů uvádí obavy z péče o muslimy.



Graf 5 - Obavy z ošetřování muslimského pacienta

K odpovědi *ano* na otázku č. 4 přikládám tento sloupcový graf, který znázorňuje četnost odpovědí na otázku. Zde jsou zobrazeny obavy z ošetřování muslimských pacientů. Respondenti uváděli vždy více možností. Ze čtrnácti respondentů šest zmínilo strach z teroristického útoku a islámského státu. Tři z těchto respondentů uvedli, v otázce č. 3, že se nikdy nesetkali s muslimským pacientem.

Pouze jeden respondent vyjádřil obavu z jazykové bariéry, ten samý respondent uvádí, v otázce č. 5, že neumí anglický jazyk na úrovni, která by mu stačila k dorozumění se s pacientem.

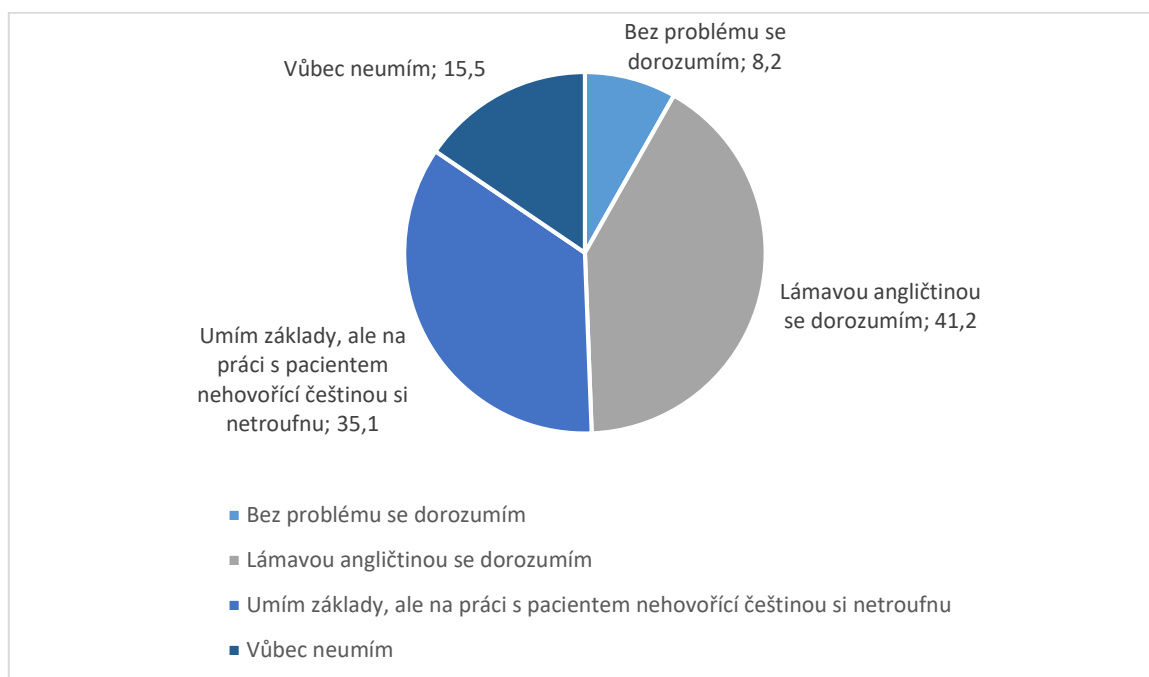
Tři respondenti zmínili obavu a strach z neúcty a zlého chování ke zdravotnickému personálu, z těchto třech respondentů, pouze jeden uvádí v otázce č. 3, že se za dobu své práce ve zdravotnictví setkal s muslimským pacientem.

Druhou nejčastější obavou byl uváděn strach z nadřazeného chování muže k ženě. Tato obava byla zmíněna 4x.

Ze všech respondentů tři zmínili obavu z agresivity muslimů. Je dobré zmínit, že z těchto třech respondentů žádný neměl předchozí zkušenost s muslimským pacientem.

Jako poslední možnost uvedli dva respondenti, že muslimům nevěří. Tito dva respondenti napsali heslovitě *nedůvěra* a *nevěřím jim*.

Otázka č. 5: Jaká je Vaše znalost anglického jazyka?

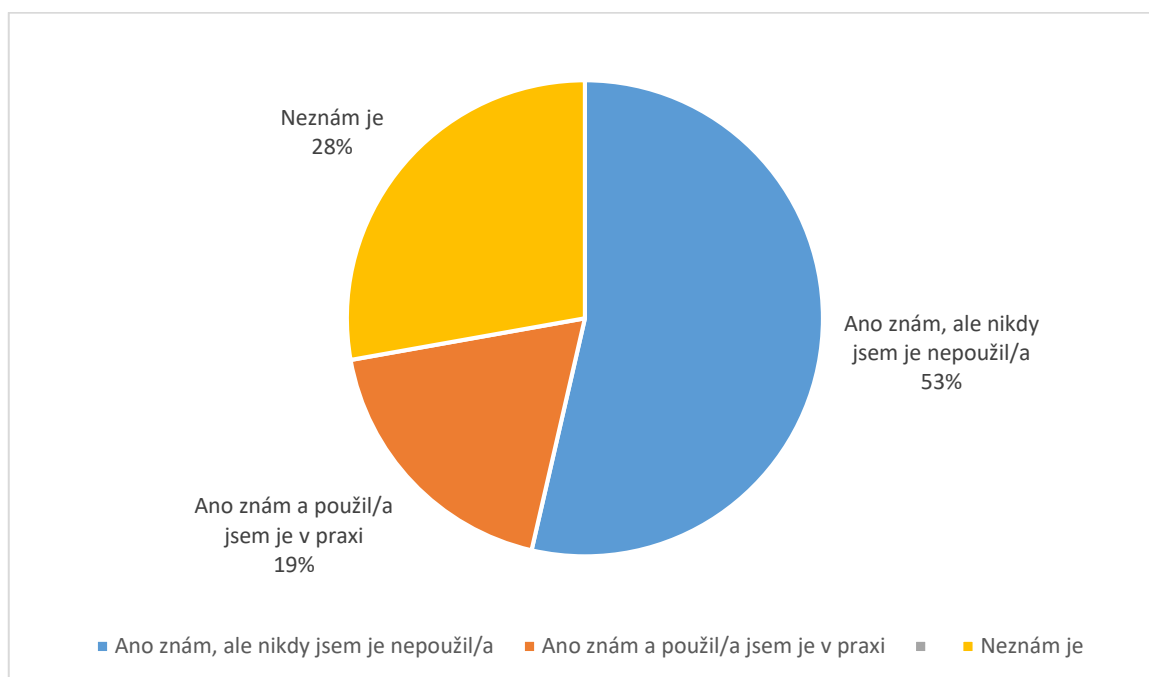


Graf 6 - Jaká je Vaše znalost anglického jazyka? [%]

Z otázky č. 5 zjišťují schopnost využití anglického jazyka pro praxi. 41,2% respondentů uvedlo, že se dorozumí lámavou angličtinou. Oproti tomu 35,1% respondentů odpovědělo, že na práci s pacientem nehovořící českým jazykem si neodvážují. 15,5% respondentů uvádí, že anglický jazyk absolutně neumí. Toto může vycházet z vyššího věku respondentů. 8,2% respondentů uvedlo, že anglický jazyk plně ovládají a nemají jakýkoliv problém při dorozumění se s pacientem hovořící anglickým jazykem.

Z těchto odpovědí lze vyčíst, že polovina respondentů se dokáže domluvit s anglicky mluvícím pacientem. Oproti tomu druhá polovina buď angličtinu vůbec neovládá, nebo si ji neodvážuje aplikovat ke komunikaci s pacientem. Toto můžeme přisuzovat vyššímu věku respondentů, kteří neměli povinný anglický jazyk na školách.

Otázka č. 6: Znáte komunikační karty?



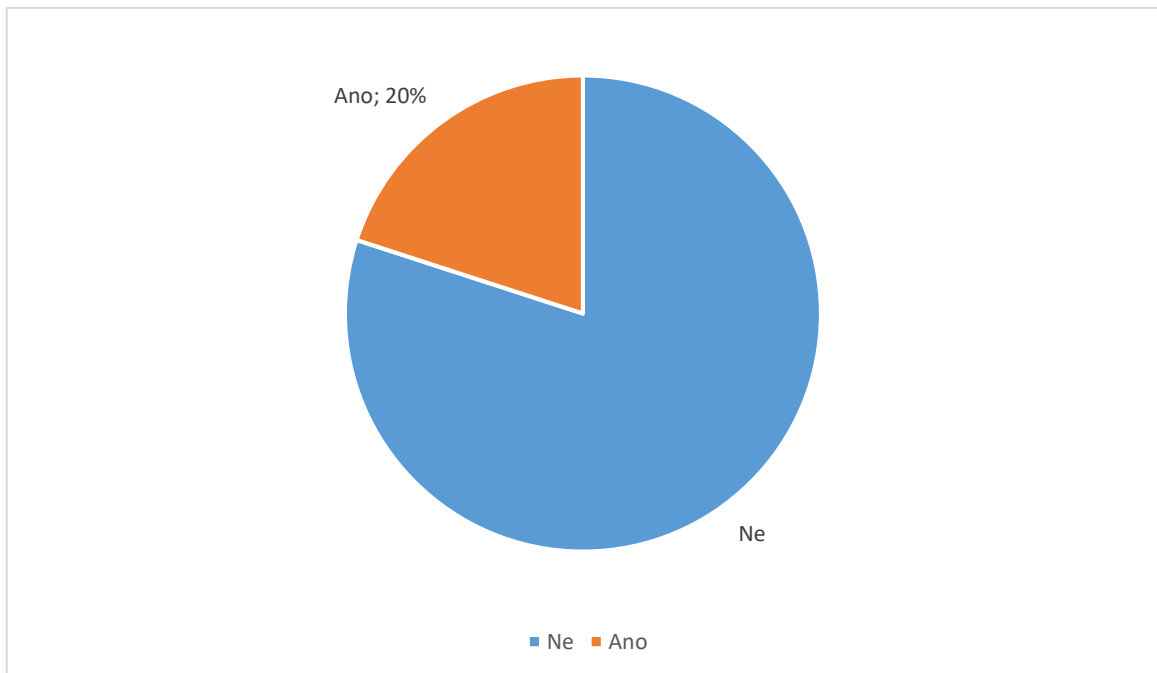
Graf 7 - Znáte komunikační karty? [%]

V otázce č. 6 zjišťuji, zda respondenti znají možnosti jak si usnadnit pomoc při komunikaci s pacientem hovořící cizím jazykem. 53% respondentů uvádí, že komunikační karty zná, avšak ještě nikdy je neaplikovali při praxi. 19% respondentů uvedlo, že komunikační karty zná i používá při práci. Oproti tomu 28% respondentů komunikační karty vůbec nezná.

Z těchto 28% respondentů, kteří neznají komunikační karty, devět respondentů vůbec nemluví anglickým jazykem. Dvanáct respondentů si netroufne na komunikaci s pacientem v anglickém jazyce a šest respondentů se dokáže dorozumět s pacientem.

Z tohoto vyplývá, že 21 respondentů není schopna mluvit s pacientem v anglickém jazyce a ani nezná možnost komunikačních karet, které pomáhají odstranit jazykovou bariéru, tudíž je téměř nemožné se plně dorozumět s pacientem nemluvicí češtinou. Celé to vede k neporozumění potřeb pacienta a neumožnění mu komfortní a kvalitní péče ze strany těchto respondentů.

Otázka č. 7: Probírali jste na střední zdravotnické škole možnosti multikulturního přístupu v ošetrovatelství?

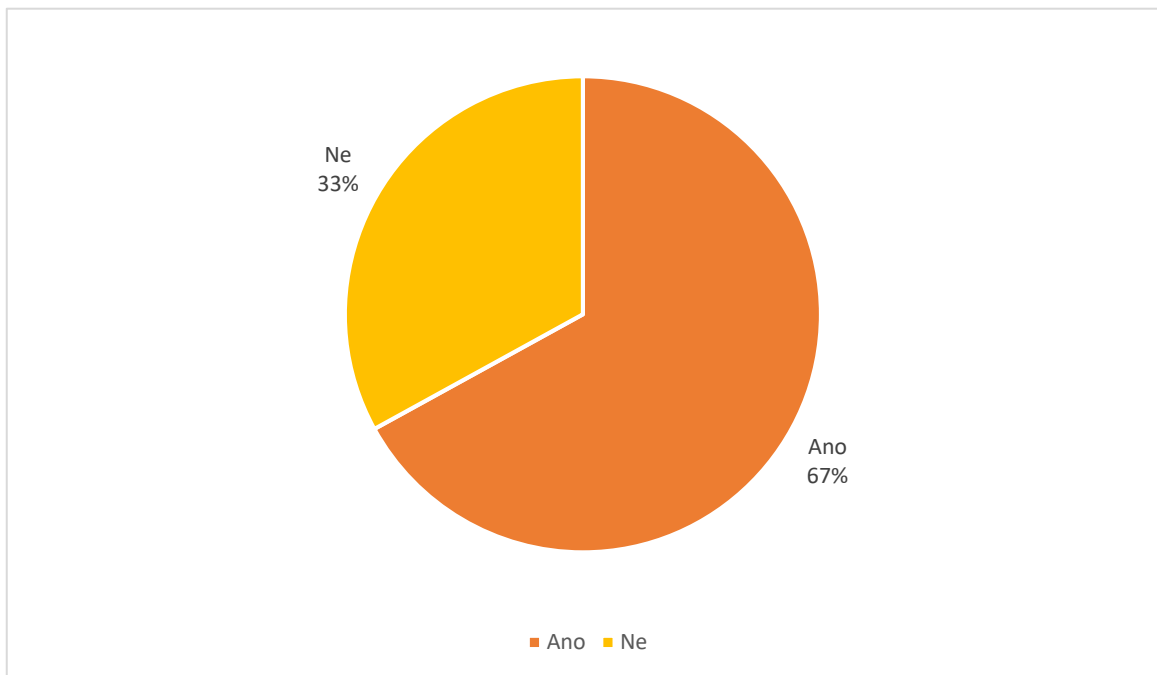


Graf 8 - Probírali jste na střední zdravotnické škole možnosti multikulturního přístupu v ošetrovatelství? [%]

V otázce č. 7 se ptám na multikulturní výchovu na střední zdravotnické škole. Z vlastní zkušenosti vím, že tomuto tématu se věnuje, velmi malá pozornost. 80% respondentů nemělo na SZŠ zařazenou multikulturní výuku v ošetrovatelství, avšak k odpovědi šest respondentů připsalo, že multikulturní výuku měli na vysoké škole. Pouze 20% respondentů uvedlo, že multikulturní výuku na SZŠ měli.

Z těchto odpovědí je zřetelné, že běžně není zařazená multikulturní výuka, která by připravila budoucí sestřičku na možné setkání s pacienty z rozdílné kultury. To by předcházelo možnému kulturnímu šoku a nesprávnému přístupu zdravotní sestry k pacientovi, který může mít fatální následky.

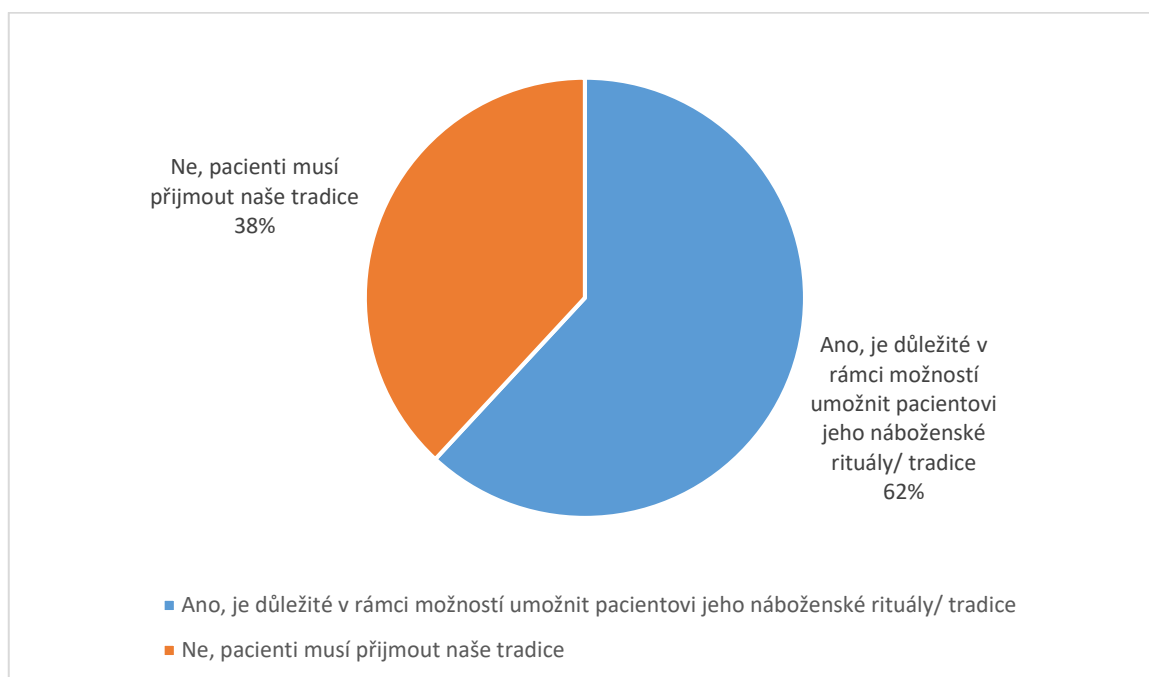
Otázka č. 8: Je multikulturní výuka důležitá na SZŠ?



Graf 9 – Je multikulturní výuka důležitá na SZŠ? [%]

V otázce č. 8 se ptám respondentů, zda jim připadá, důležitá multikulturní výuka v ošetrovatelství na středních zdravotnických školách. 67% respondentů uvedlo, že je důležitá multikulturní výuka na SZŠ. Oproti tomu 33% respondentů je názoru, že není důležité mít multikulturní výuku zařazenou ve vzdělávací osnově praktických sester. Z těchto 33% respondentů, se sedm nikdy neseťkalo s pacientem cizincem. Toto dle mého názoru by mohlo vést ke změně názoru.

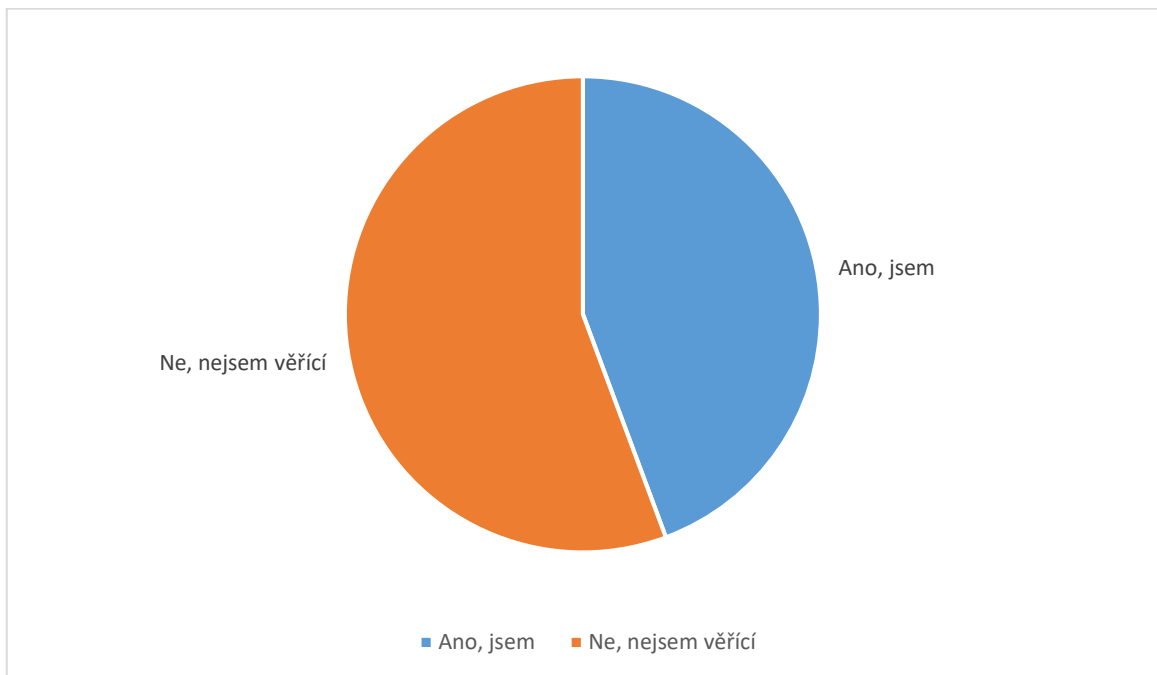
Otázka č. 9: Je důležité k pacientům přistupovat dle jejich náboženských zásad?



Graf 10 - Je důležité k pacientům přistupovat dle jejich náboženských zásad? [%]

Z odpovědi na otázku č. 9 vyplývá, že více než polovina, tedy 62% respondentů si uvědomuje důležitost respektování spirituality hospitalizovaných lidí. Na rozdíl od druhé části respondentů zastoupenou 38%, kteří si myslí, že je vhodné, aby se pacient přizpůsobil zdravotnickému personálu. Tuto formulaci „*Pacienti musí přijmout naše tradice*“ jsem vybrala z důvodu častého opakování věty „*Je v naší zemi, bude se chovat podle nás a dodržovat naše zvyky*“. Což může být až úsměvné, ale bohužel se tato věta tak otiskla do lidí, kteří ji začali považovat jako dogma, které nevede ke společné řeči a vytváří nehostinné podmínky pro rozvoj transkulturní komunikace.

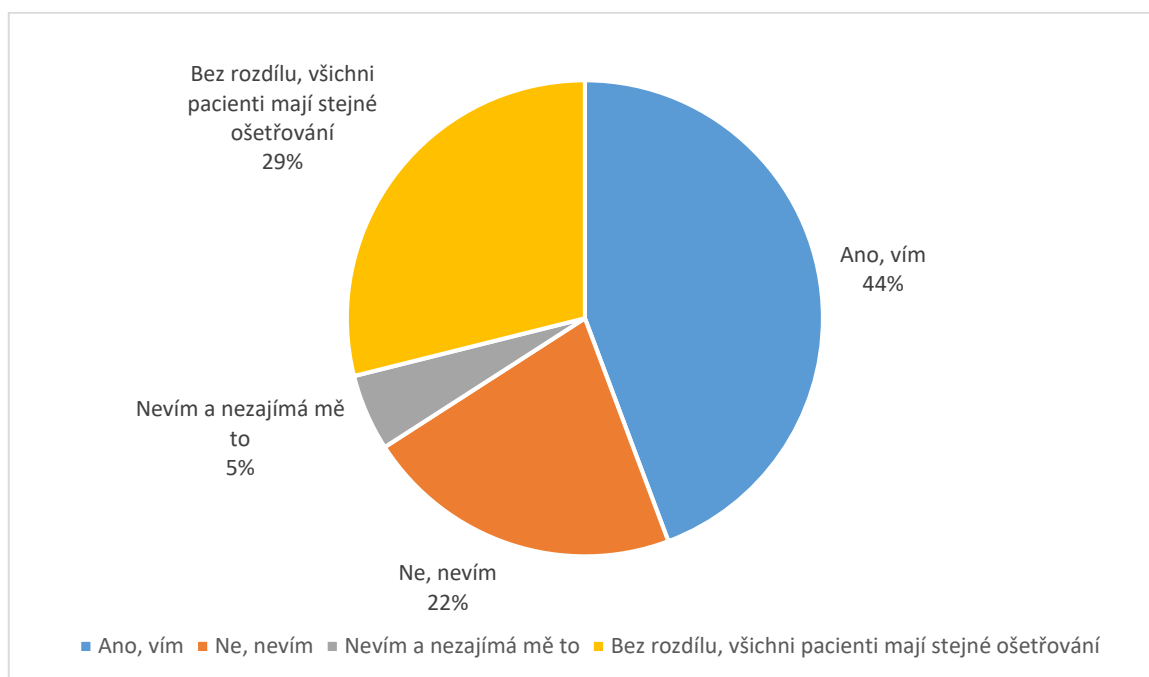
Otázka č. 10: Jste věřící člověk?



Graf 11 - Jste věřící člověk? [%]

V otázce č. 10 se ptám, zda respondenti jsou věřící. 55,67% respondentů odpovědělo, že věřící není. Oproti tomu, 44,33% respondentů odpovídá, že věřící je.

Otázka č. 11: Víte jak správně ošetřovat muslimského pacienta?



Graf 12 - Víte jak správně ošetřovat muslimského pacienta? [%]

V otázce č. 11 se ptám, zda respondenti vědí, jak správně pečovat o muslimského pacienta. U této otázky předpokládám reálnou sebereflexi vědomostí každého respondenta. Protože jsem dotazník nekoncepovala jako test, tedy nemůžu objektivně hodnotit jejich skutečnou míru znalostí.

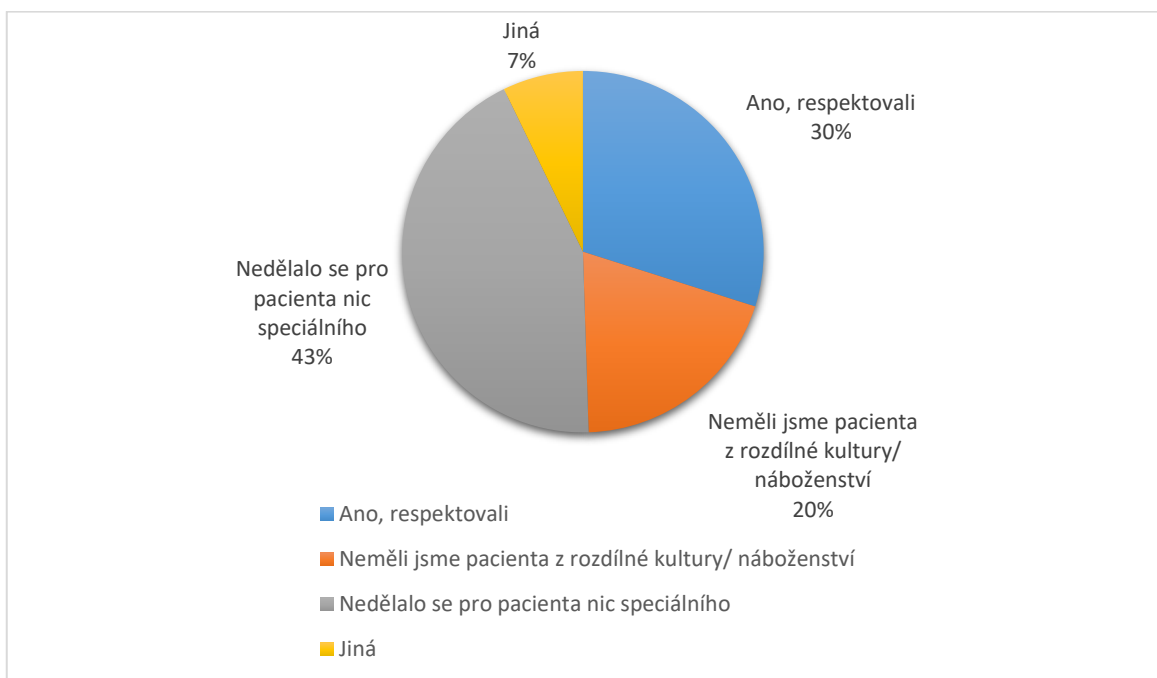
44% respondentů odpovědělo, že vědí jak pracovat s muslimským pacientem. Všichni tyto respondenti v otázce č. 9 odpovědělo, že je důležité přistupovat k pacientovi dle jeho náboženských zvyklostí.

Dále 29% respondentů uvedlo, že péče má být nezávislá na kultuře či náboženství. Zde je vhodné zmínit, že opravdu nejde vyhovět všem požadavkům. Tímto mám na mysli zejména malé krůčky, které přispívají ke spokojenosti obou stran. Vždy je možné změnit lhostejnost v zájem a snahu k pochopení.

22% Respondentů odpovědělo, že nevědí jak správně pečovat o muslimského pacienta. Všichni z těchto respondentů uvádí v otázce č. 7, že nikdy neměli multikulturní výuku na střední zdravotnické škole. Ale co mi přijde poněkud zarážející, je fakt, že z těchto respondentů je 11, kteří tvrdí, že není potřebná multikulturní výchova na SZŠ.

5% respondentů uvedlo možnost, že nevědí jak se starat o muslimské pacienty a zároveň je to nezajímá. Tito respondenti svoji odpověď ukazují lhostejnost a nezáměr se něčemu novému přiučit.

Otázka č. 12: Respektovali na Vašem pracovišti kulturně/ nábožensky rozdílné požadavky pacienta?



Graf 13 - Respektovali na Vašem pracovišti kulturně/ nábožensky rozdílné požadavky pacienta? [%]

V otázce č. 12 se dotazují respondenti, zda na jejich pracovním oddělení respektovali náboženství a kulturu pacienta. Z odpovědí vyplývá, že 30% respondentů a jejich oddělení plně respektovalo pacienta z různých kultur a různých náboženství a snažili se mu přizpůsobit podmínky, které pro pacienta jsou důležité.

43% respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení nedělali speciální opatření, čímž by bylo pro pacienty něčím speciálním oproti péči o české pacienty.

20% respondentů nemělo pacienta z rozdílné kultury/ náboženství. V otázce č. 2 odpovědělo pouze 11 respondentů, že nikdy neměli na oddělení pacienta cizince, zde se vybízí otázka, co pro respondenty znamená rozdílná kultura.

Čtvrtá možnost byla otevřená odpověď, kterou 7% respondentů využilo. Napsali, jak u nich na oddělení přistupují ke kulturně/ nábožensky rozdílným pacientům. Zde jsou jednotlivé odpovědi, každého z respondentů:

1. Jak kdo z personálu a jak u koho
2. Je v ČR, tak ať se přizpůsobí, mou víru v Arabských státech také nerespektují
3. Musí se přizpůsobit pacient našim podmínkám
4. Povolili jsme muslimovi modlení
5. Snažila jsem se i přes nevoli nadřízených
6. Pro mě by taky nedělali u nich speciální opatření, práce na víc
7. Ano v rámci možností na oddělení

4.5. Analýza dat

V dotazníkové metodě jsem položila dvanáct otázek, které jsem koncipovala tak, aby mi byly zodpovězeny otázky z mých sedmi vytyčených cílů.

1. Cíl: Zjistit, zda zdravotní sestry se běžně setkávají s jinými národnostmi

89% respondentů uvedlo, že se již za dobu své kariéry setkali s pacientem jiné národnosti než jejich vlastní. Pouhých 11% respondentů se nikdy neseťkalo s pacientem cizincem. Můžeme to připisovat krátkou praxí sester, která činila maximálně 12 let ve zdravotnictví. Oproti tomu většina z respondentů zkušenost s péčí o cizince má a dá se předpokládat, že respondenti, kteří zkušenost nemají, ji s narůstajícími léty ve zdravotnictví získají.

Není tedy neobvyklé, že se sestry setkávají s pacienty jiných národností.

2. Cíl: Zjistit, zda zdravotní sestry v ČR se setkávají s islámskou kulturou

Podle výsledků, zhruba polovina respondentů, tedy 52% se nikdy neseťkalo s pacientem islámského vyznání. Druhá polovina, tedy 44% respondentů uvedlo, že se setkalo za dobu své kariéry s muslimem a zbylých 6% neví, zda se jednalo o muslimské pacienty.

Na tento stanovený cíl nemohu jednoznačně odpovědět.

3. Cíl: Zjistit, zda mají obavy z práce s muslimy

86% respondentů nemá obavy z ošetřování muslimů. Oproti tomu 14% má obavy a většina z obav je iracionálních. Jedná se zejména o strach z teroristických útoku a zlého chování ke zdravotnickému personálu. Strach zřejmě vychází z nedostatku zkušeností s ošetřováním muslimských pacientů.

Z mého šetření vyplývá, že většina respondentů strach z muslimských pacientů nemá.

4. Cíl: Zjistit, zda se běžně vyučuje multikulturní ošetřovatelství na SZŠ

Pouhých 20% respondentů mělo na střední zdravotnické škole multikulturní výuku. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že já jsem na SZŠ multikulturní ošetřovatelství měla, avšak hodinová prezentace o možnosti setkání s pacienty rozdílných kultur a národností, byla nedostačující a neadekvátní k tomu, aby zdravotní sestra mohla provádět kvalitní a profesionální péči o nemocné z rozdílných kultur.

Z tohoto šetření vychází, že se běžně nevyučuje multikulturní ošetřovatelství na SZŠ.

5. Cíl: Zjistit, postoj zdravotních sester na multikulturní ošetřovatelství

Tento stanovený cíl měl zjistit postoj zdravotních sester a jejich vnímání na nově vznikající situace, které se týkají multikulturního ošetřovatelství. Zda si respondenti jsou vědomi důležitosti tohoto oboru. Z výzkumu vychází, že 67% respondentů připadá důležitá multikulturní výuka na SZŠ, oproti tomu 33% respondentům přijde zbytečná.

Dalším ukazatelem byla otázka číslo 9, kde respondenti odpovídali, zda si myslí, že je důležité, přistupovat k pacientovi dle jeho náboženských zásad. 62% respondentů odpovědělo, že je důležité přistupovat k pacientovi dle náboženských zásad. 38% respondentů nesouhlasí s nábožensky uzpůsobenou ošetrovatelskou prací.

Nemůžu jednoznačně odpovědět na tento stanovený cíl. Více než polovina, tedy 67% si myslí, že je důležité, aby se multikulturní výchova vyučovala na SZŠ. V další otázce si myslí taktéž více než polovina tedy 62% respondentů, že je důležité přistupovat k pacientovi dle jeho náboženských zásad. Můžu tedy na stanovený cíl č. 7 odpovědět, že více než polovina respondentů, zdravotních sester, má pozitivní postoj k multikulturnímu ošetrovatelství.

6. Cíl: Zjistit, zda vědí jak se starat o muslimského pacienta

Dle mého šetření vyplývá, že téměř polovina, tedy 44% respondentů umí pracovat s muslimskými pacienty. Na rozdíl od 22% respondentů, kteří se přiznávají k tomu, že nevědí jak správně pečovat o muslimské pacienty. 29% respondentů tvrdí, že péče o muslimy je stejná s péčí o další pacienty. Toto tvrzení není zcela správné, vzhledem k potřebnému individuálnímu přístupu ke každému pacientovi. Zbývajících 5% respondentů odpovídalo, že nevědí jak pečovat o muslimského pacienta a ani je to nezajímá. Z čehož usuzuji nechuť se vzdělávat v relativně novém oboru v ošetrovatelství a neochotu provádět správně péči pro pacienta muslima, která výrazně může přispět k pohodlí a respektování důstojnosti pacienta.

Abych na tento cíl mohla s jistotou odpovědět, potřebovala bych udělat další šetření, které by spočívalo v kladení otázek z multikulturního ošetrovatelství zaměřené na muslimské pacienty. Zkrátka prověřit si respondenty vědomostním testem. To jsem nedělala, a proto předpokládám, že opravdu vědí jak se starat o muslimské pacienty dle jejich nejlepších svědomí. Na tento stanovený cíl, nejde jednoznačně odpovědět. Zhruba polovina respondentů ví, jak se starat o muslimské pacienty. Zbytek neví, či ani vědět nechce.

7. Cíl: Zjistit, zda zdravotní sestry se dokáží domluvit s anglicky mluvícím pacientem

K tomuto cíli jsem použila otázku č. 5 a 6. Anglicky se bez problémů domluví pouhých 8,2%. Lámavou angličtinou, ale troufne si ošetřovat pacienta nemluvícího češtinou 41,2% respondentů. Oproti tomu si na komunikaci s pacientem netroufne 35,1% respondentů. Poslední kategorie, která vůbec neovládá anglický jazyk je 15,5% dotazovaných. Ke komunikaci s pacientem nehovořícím našim jazykem nám skvěle poslouží i komunikační karty. Tuto metodu zná a používá v praxi 19% respondentů. 53% respondentů tuto metodu komunikace zná, avšak nikdy ji nepoužili při praxi. 28% respondentů tuto metodu však vůbec nezná. Z těchto respondentů, kteří neznají komunikační karty, je většina, která neovládá anglický jazyk, toto vede k neschopnosti se jakkoliv dorozumět s pacientem nehovořícím našim jazykem.

Jednoznačně odpovědět na tento vytyčený cíl nemohu. Z mého šetření vychází, že polovina respondentů se dokáže dorozumět s pacientem hovořící angličtinou. Oproti tomu druhá polovina respondentů se nedokáže dohovorit světovým jazykem, a k tomu většina z nich nezná ani komunikační karty, tudíž je téměř nemožné, aby někdo z těchto respondentů dokázal pečovat o pacienta nehovořícím jejich jazykem.

H1: Zdravotní sestry nemají znalost multikulturního ošetřovatelství

Pouhých 80% mělo na střední zdravotnické škole multikulturní výchovu. Na základě šetření, potvrzují hypotézu č. 1

H2: Zdravotní sestry si nejsou vědomy důležitosti respektování pacientova náboženství

Z mého šetření vyplývá, že více než polovina respondentů respektuje v rámci možností oddělení, pacientovo náboženství, toto nejspíš vychází z relativně vysokého počtu, tedy 44,33% věřících respondentů.

Hypotézu nemohu potvrdit.

H3: Zdravotní sestry se nedokáží domluvit s pacientem nehovořícím jejich jazykem

Zhruba polovina respondentů ovládá anglický jazyk potřebný k dorozumění s pacientem. Druhá polovina respondentů neovládá nejen anglický jazyk, ale nezná ani komunikační karty, které dopomáhají ke komunikaci s pacientem nehovořící stejnou řečí.

Z tohoto výzkumu je patrné, že tuto hypotézu nemohu jednoznačně potvrdit

Závěr

Česká republika je vyspělým státem a tak by to mělo být ve všech sférách, včetně zdravotnictví. Český zdravotní systém a lékařská péče je jednou z nejlepších na světě, avšak co se týká multikulturního ošetrovatelství, Česká republika trochu pokulhává za ostatními, západními zeměmi. Jako členové EU musíme dodržovat normy a etický kodex v ošetrování, který zahrnuje i kulturně přizpůsobenou péči.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na sedm cílů, které jsem zkoumala pomocí zdravotních sester v Královéhradeckém kraji. Ačkoliv nemůžeme z počtu devadesáti sedmi respondentů dělat generalizovaný výsledek, můžeme to však brát jako obraz utvářející naši představu o hodnotách zdravotních sester. Z výsledků je patrné, že multikulturní ošetrovatelství se běžně nevyučuje na středních zdravotnických školách. Tato neznalost vytváří diskomfort nejen pro pacienta, ale i pro ošetrojícího a to celé může vést k fatálním důsledkům. Nadále je z výzkumu patrné, že předsudky staví před vlastní zkušenosti. To by měl být varovný signál, pro zdravotní personál, k vyhnutí etnocentrismu, který je často i nevědomě používán. Tato práce slouží jako nástin toho, co transkulturní ošetrovatelství je a jaké složky do ní spadají. Zároveň tato práce přibližuje i multikulturní ošetrovatelství jako nejběžněji aplikovaný prostředek ke kulturně přizpůsobené péči.

Já pevně věřím, že multikulturní/ transkulturní péče se dostane každému, a stane se tak zcela standartním postupem v nemocnicích. Každá osoba na tomto světě je jedinečná, ale všechny lidi na světě pojí lidská důstojnost, která přesahuje všechny biologické i kulturní rozdíly. Važme si rozdílnosti a hledejme společnou harmonii. Tu ve zdravotnictví najdeme pomocí zdravotní péče s transkulturní perspektivou.

Na závěr bych chtěla říct, že být zdravotní sestřičkou je především posláním. Pomáhat lidem v těch nejtěžších životních situacích je velmi náročné a málokdo si uvědomuje těžkosti téhle práce. Já tímto děkuji všem zdravotním sestřičkám, které dělají svoji práci s láskou a vytvářejí tak nemocniční prostředí přívětivějším.

Bibliografie

- BAHBOUH, Charif, Jiří FLEISSIG a Roman RACZYŃSKI. *Encyklopedie islámu*. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd, 2008, 366 s. ISBN 978-80-86149-48-6.
- BITTNEROVÁ, Dana a Mirjam MORAVCOVÁ. *Etnické komunity: v kulturní a sociální různosti*. Praha: Vydala FHS UK, 2010, 314 s. Agora. ISBN 978-80-87398-08-1.
- ČENĚK, Jiří, Josef SMOLÍK a Zdeňka VYKOUKALOVÁ. *Interkulturní psychologie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2016, 312 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5414-7.
- DRESSER, N.: *Multicultural Manners*, 1996, New York, John Wiley, Leininger, M.: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*, 1994, New York: John Wiley and Sons. Reprint, Columbus, Ohio: Greyden Press, ISBN 0-07-037660-3
- DURKHEIM, Émile. *Elementární formy náboženského života*. Praha: Oikoymenh, 2002. ISBN 80-70-17-721-7
- FLEISSIG, Jiří a Charif BAHBOUH. *Malá encyklopedie islámu*. Praha: Dar ibn Rushd, 1993, 188 s. ISBN 80-900767-3-4.
- GEERTZ, Clifford. *Interpretace kultur: vybrané eseje*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000, 565 s. Studie. ISBN 80-85850-89-3.
- HÁJEK, Marcel a Charif BAHBOUH. *Muslimský pacient: principy diagnostiky, terapie a komunikace: manuál o zásadách medicínského přístupu pro české či slovenské lékaře a zdravotníky praktikující v zemích islámu*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5631-8.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
- IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1212-1.
- JANOŮŠEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci*. Praha: Grada, 2015, 382 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4295-3.
- JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019, 225 s. ISBN 978-80-7553-653-2
- KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, Blanka, ed. *Základy asijských náboženství*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0832-4.

KOLAŘÍK, přeložil Vladimíra LASOTOVÁ. Albrechtice: Křesťanský život ve spolupráci s nakladatelstvím Lukáš Lhořan ve Pstruží, [2014]. ISBN 978-80-7112-178-7
Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003, 119 s. ISBN 80-7042-344-7.

Korán. Přeložil Ivan HRBEK. Praha: Levné knihy, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7309-992-
KROPÁČEK, Luboš. *Duchovní cesty islámu.* 5. vyd. Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7021-925-6.

LEININGER, M., McFARLAND, M. R. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Researches and Practice.* New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division, 2002

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Implementace multikulturní variability do kulturní identity české společnosti a její odraz ve zdravotnické praxi: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělávání u nelékařských oborů.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007, 163 s. ISBN 978-80-7248-406-5.

MAURER, Andreas. *Příručka pro komunikaci s muslimy.* Albrechtice: Křesťanský život ve spolupráci s Nakladatelstvím Lukáš Lhořan ve Pstruží, c2014, 216 s. ISBN 978-80-7112-178-7.

MURPHY, Robert Francis. *Úvod do kulturní a sociální antropologie.* Vyd. 2. Přeložil Hana ČERVINKOVÁ. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2004. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-25-3.

NEŠPOR, Zdeněk R. a Dušan LUŽNÝ. *Sociologie náboženství.* Praha: Portál, 2007, 232 s. ISBN 978-80-7367-251-5.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.* Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality.* Praha: Portál, 2007, 326 s. ISBN 978-80-7367-312-3.

SLÁDEK, Karel. *Křesťanství a islám v liberálním státu: výzvy tradice a současnosti.* Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2011, 308 s. ISBN 978-80-7465-006-2.

SOUKUP, Václav. *Antropologie: teorie člověka a kultury*. Praha: Portál, 2011, 741 s. ISBN 978-80-7367-432-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jaroslava KRÁLOVÁ a Lubomír HOUDEK. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.

TÓTHOVÁ, Valérie a Věra OLÍŠAROVÁ. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2017, 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4.

TŮMA, Jiří, Milada KREJČÍ a Václav HOŠEK. *Spiritualita wellness*. Praha: Grada, 2018, 120 s. ISBN 978-80-247-2893-3.

VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0088-8. S. 12

Internetové zdroje

ABOLABAN, Heba a Ahmad AL-MOUJAHED. Muslim patients in Ramadan: A review for primary care physicians. *Avicenna Journal of Medicine* [online]. Medknow Publications, 2017, 7(3), 81-87 [cit. 2019-05-12]. DOI: 10.4103/ajm.AJM_76_17. ISSN 2231-0770

HACKLOVÁ, Renata. Religiozita a spiritualita jako cesta k budování resilientních charakteristik u mladých lidí. *Paidagogos* [online]. Paidagogos - Society For Philosophy, Theory and Praxis of Education, 2014, 2014(1) [cit. 2019-05-11]. ISSN 1213-3809.

ROZTOČIL, A. PESCHOUT, R. GENITÁLNÍ MUTILACE AFRICKÝCH ŽEN [online] Moderní babictví 6, 2005. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-6/?pdf=115>

[navštíveno: 3. 3. 2019]

<https://citaty.net/citaty/21651-john-stuart-mill-svoboda-jednoho-konci-tam-kde-zacina-svoboda-druh/> [navštíveno: 10. 3. 2019]

Přílohy

Příloha A: Dotazník

Multikulturní ošetřovatelství

Dobrý den,

jsem studentkou transkulturní komunikace Univerzity Hradec Králové a nedílnou součástí mé závěrečné bakalářské práce zaměřené na transkulturní/multikulturní ošetřovatelství je tento dotazník, který je určen výhradně pro vyplnění personálem pracujícím ve zdravotnictví – zdravotními sestry. Prosím Vás o pravdivé, jednoznačné vyplnění (zaškrtnutí odpovědi křížkem) a zpětné odevzdání. Předem děkuji za Váš drahocenný čas, který věnujete mým otázkám, a slibuji, že vaše uvedené odpovědi zahrnu do své praktické části práce.

Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 1-5 let
- 6-12 let
- 13-20 let
- déle než 20 let

Otázka č. 2: Pečovali jste o pacienta jiné národnosti?

- Ano (napište prosím, jaké národnosti pacient byl)
- Ne

Otázka č. 3: Ošetřovali jste muslimského pacienta?

- Ano
- Ne
- Nevím

Otázka č. 4: Máte obavy z ošetřování pacienta islámského vyznání

- Ano (o jaké obavy se jedná)
- Ne

Otázka č. 5: Jaká je Vaše znalost anglického jazyka?

- Bez problému se dorozumím
- Lámavou angličtinou se dorozumím
- Umím základy, ale na práci s pacientem nehovořící češtinou si netroufnu
- Vůbec neumím

Otázka č. 6: Znáte komunikační karty?

- Ano znám a použil/a jsem je v praxi
- Ano znám, ale nikdy jsem je nepoužil/a
- Neznám je

Otázka č. 7: Probírali jste na střední zdravotnické škole možnosti multikulturního přístupu v ošetřovatelství?

- Ano
- Ne

Otázka č. 8: Je multikulturní výuka důležitá na SZŠ?

- Ano
- Ne

Otázka č. 9: Je důležité k pacientům přistupovat dle jejich náboženských zásad?

- Ano, je důležité v rámci možností umožnit pacientovi jeho náboženské rituály/tradice
- Ne, pacient musí přijmout naše tradice.

Otázka č. 10: Jste věřící člověk?

- Ano, jsem
- Ne, nejsem

Otázka č. 11: Víte jak správně ošetřovat muslimského pacienta?

- Ano, vím
- Bez rozdílu, všichni pacienti mají stejné ošetřování
- Ne, nevím
- Nevím a nezajímá mě to

Otázka č. 12: Respektovali na Vašem pracovišti kulturně/ nábožensky rozdílné požadavky pacienta?

- Ano, respektovali
- Neměli jsme pacienta z rozdílné kultury/náboženství
- Nedělalo se pro pacienta nic speciálního
- Jiná