

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Filip Sklenář

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Respektování specifík vybraných náboženství ve zdravotnickém zařízení

Filip Sklenář

Bakalářská práce

2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10.7.2017

Filip Sklenář

PODĚKOVÁNÍ

Touto formou bych rád poděkoval PhDr. et Mgr. Ivaně Dukové za cenné rady při vypracování práce a za výborné vedení. Dále všeobecné sestře Nině Maiksnarové za pomoc při distribuci dotazníků a vyhledávání potřebných respondentů, lékařce, která mi také pomohla s rozšířením dotazníků mezi buddhisty a přeje si zůstat nejmenovaná. A v neposlední řadě židovské komunitě v městě Hořice za jejich čas a ochotu při výzkumu a získávání informací pro teoretickou část.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Filip Sklenář**
Osobní číslo: **Z14095**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Respektování specifik potřeb věřících vybraných náboženství
ve zdravotnickém zařízení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

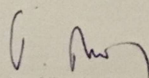
Seznam odborné literatury:

1. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. Multikulturní ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 160 s. ISBN 80-247-1212-1.
2. De Vries, Simon. Židovské obřady a symboly, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2009, 304 s., ISBN 978-80-7021-963-8.
3. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
4. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Holistické přístupy v péči o zdraví. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
5. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetřovatelství II: komunikace-etika-člověk, jeho motivace a potřeby-paliativní péče-trans kulturní ošetřovatelství-výchova ke zdraví. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
6. ROLANTOVÁ, Lucie. Respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit [online]. České Budějovice, 2012, 192 s. [cit. 2016-05-10]. Disertační práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Vedoucí práce Tóthová Valérie.
7. ZÍTKOVÁ, Marie. Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným [online]. Brno, 2009, 112 s. [cit. 2016-05-10]. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Vedoucí práce Petra Juřeníková.

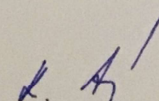
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Ivana Duková
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hováčková, DiS.
vedoucí katedry

ANOTACE

Tato práce pojednává o kulturních rozdílech mezi danými náboženskými skupinami a zažitým standardem ošetrovatelské péče v ČR. Zaměřujeme se v ní na specifika ošetrovatelské péče u třech vybraných náboženských vyznání, Židů, Muslimů a Budhistů. Sepsali jsme přehled specifických potřeb jednotlivých náboženství, jejich návyků a přesvědčení. Zvyklosti jednotlivých náboženství ovlivňují jejich pobyt ve zdravotnickém zařízení a jejich celkovou duševní pohodu. Považujeme proto za důležité zjistit, jak je v daném krajském zdravotnickém zařízení s klienty jednáno a jak se zde klienti cítí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Náboženství, multikultura, Židé, Muslimové, Budhisté, kulturně shodná péče, multikulturní ošetrovatelství

TITLE

Respecting the specific features of selected religions in a chosen medical facility

ANNOTATION

This paper discusses the cultural differences between the three chosen religious groups and nursing standard in Czech Republic. We aim to write down specifics of care in each of the selected religions (Judaism, Islam, Buddhism) and their differences from nursing care in Czech Republic. Those key differences in culture and nursing care have great impact on mental health and well-being of hospitalized patients of different beliefs and culture than ours. We think that it's truly important to understand how they are treated in chosen medical facility and beyond. And how do clients feel here.

KEYWORDS

Religion, Multicultural, Jews, Muslims, Buddhists, specialised care, multicultural nursing

Obsah

0	Úvod.....	13
0.1	Cíle Práce	14
1	Teoretická část.....	15
1.1	Specifika jednotlivých náboženství.....	15
1.1.1	Specifika náboženství Židovského.....	15
1.1.2	Specifika náboženství Islám.....	18
1.1.3	Specifika a tradice náboženství Budhistického.....	20
1.2	Základní principy multikulturního ošetrovatelství.....	21
1.3	Humanistický model Madelaine Leininger – Teorie transkulturní péče.....	23
1.3.1	Meta paradigmatické koncepce.....	23
1.3.2	Typy péče dle Leiningerové.....	24
1.3.3	NANDA Taxonomie II.....	24
1.4	Specifika při ošetrování daných kulturně odlišných menšin.....	24
1.4.1	Specifika při ošetrování Židů.....	24
1.4.2	Specifika při ošetrování Muslimů.....	26
1.4.3	Specifika při ošetrování Buddhistů.....	29
2	Praktická část.....	31
2.1	Výzkumné otázky.....	31
2.2	Metodika výzkumu.....	31
2.3	Prezentace výsledků.....	32
3	Diskuze.....	45
4	ZÁVĚR.....	52
5	Použitá literatura.....	54
6	Přílohy.....	58
6.1	Seznam příloh.....	58
6.1.1	Příloha A Dotazník.....	59

6.1.2 Příloha B – Souhlas s výzkumem.....	62
6.1.3 Příloha C – Praktický výstup.....	63

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Rozdělení respondentů podle vyznání.....	33
Obrázek 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví	34
Obrázek 3 Rozdělení respondentů podle věku	34
Obrázek 4 Rozdělení respondentů dle státní příslušnosti	35
Obrázek 5 Míra důležitosti víry dle respondentů.....	36
Obrázek 6 Graf dodržování tradic dle respondentů	36
Obrázek 7 Vnímání oš. péče v daném zařízení.....	37
Obrázek 8 Zohlednění víry při přijetí	38
Obrázek 9 Vnímání zvláštností péče	39
Obrázek 10 Zájem o specifika víry stran personálu	40
Obrázek 11 Vyžadování specifické oš. péče	41
Obrázek 12 Poskytování specifické oš. péče	41
Obrázek 13 Potřeba individuální péče	42
Obrázek 14 Zkušenosti s vnímáním kulturních odlišností.....	43
Obrázek 15 Průzkum negativních zkušeností.....	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český Statistický Úřad
OŠ	Ošetrovatelský

0 ÚVOD

S rostoucím trendem populační a kulturní migrace za účelem studií, práce, stáží a dalších, se nám od rozpadu sovětského bloku prohlubuje problematika ošetřování nábožensky nám odlišných kultur. Pokud chceme všem pacientům bez rozdílů poskytovat holisticky zaměřenou ošetrovatelskou péči na stále vyšší úrovni, musíme se při ošetřování zaměřit vždy na jednotlivého klienta a u něj individuálně upravit naši péči a pozornost směrem, který právě jemu poskytne všechny způsoby, jak uspokojit své potřeby. V dnešní uspěchané době se často ve zdravotnických zařízeních setkáváme s péčí, která má k individuálnímu přístupu dle našeho názoru velmi daleko. Jedná se o generalizaci přístupů k pacientům, bagatelizaci jejich duševních potřeb. Ošetrovatelská péče stylem „výrobní linky“ podle našeho názoru nikdy nemůže vést k duševní pohodě jakéhokoli pacienta, ať věřícího či nikoli. Pocity, které takovým člověkem proudí v době pobytu na oddělení, kde k němu není přistupováno jako k jednotlivci, ale jako k části skupiny, jsou psychicky velmi náročné, vyvolávají stres, prodlužují dobu léčby a zhoršují její průběh. Naším názorem je, že u pacientů odlišných náboženských vyznání, jsou tyto problémy a pocity prohloubeny kulturními rozdíly, jinými zvyklostmi hygieny, péče při stravování, oblékání, komunikaci a mnohými dalšími. To, co je běžné pro naši středoevropskou kulturu, může být vnímáno členy jiné kultury velmi odlišně. V této práci se proto zaměřujeme na subjektivní prožívání péče v daném zdravotnickém zařízení klienty daných náboženských vyznání. Vytvořili jsme dotazník, s jehož pomocí chceme zhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče očima Muslimů, Budhistů a Židů.

0.1 Cíle Práce

Cíle teoretické části:

- 1.) Cílem je vytvořit přehled specifik jednotlivých náboženství, popsat jejich návyky, přesvědčení a náboženské výjimky, které ovlivňují vykonávání lékařské a ošetrovatelské činnosti.

Cíle praktické části:

- 2.) Cílem je zjistit prostřednictvím krátkého nestandardizovaného dotazníku, který je určen klientům z řad specifikovaných náboženských skupin, jak vnímají poskytovanou oš. péči ve smyslu respektu vůči principům vlastní víry.
- 3.) Cílem je vytvořit grafický zpracovaný průvodce specifiky jednotlivých náboženství pro distribuci na oddělení zdravotnických zařízení.

Dílčí cíle:

- 1.) Zjistit, zda zdravotnické zařízení má a používá metodiku pro ošetřování klientů odlišných kultur a zda s ní dané zařízení reálně pracuje (analýza dokumentace zdravotnických zařízení).
- 2.) Zjistit, zda jsou klienti schopni tolerovat v České republice zažitý standard ošetrovatelské péče, bez jasného zaměření přímo na jejich kulturní specifika.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se zabýváme popisováním základních kamenů daných kultur, popisem jejich tradic, hlavních specifik a krátce i historií. Naším cílem je přiblížit čtenáři problematiku daných skupin pro lepší a celistvé pochopení problematiky.

1.1 Specifika jednotlivých náboženství

V naší vlasti jsme po staletí zažívali víceméně i přes jisté kulturní změny náboženskou stabilitu. Země české nebyly nikdy diametrálně odlišnou kulturou dobytý, podmaněny, náš národ nebyl konvertován. Z čehož je možné usuzovat, že medicína a ruku v ruce s ní později i ošetrovatelství se vyvíjelo v kulturních mantinelech vymezených Křesťanstvím, stejně tak jako ve většině střední Evropy a v zemích bývalého sovětského bloku. Země bývalého socialistického bloku byly v minulosti uzavřené, jejich obyvatelé nebyli nuceni přizpůsobovat se měnícímu složení populace. Situace se s otevřením hranic v roce 1989 začala měnit. S otevřením trhu práce, volným cestováním a příchodem nových kultur do naší republiky byli nuceni občané začít uvažovat nad komunikací s kulturně výrazně odlišnými skupinami. Fenomémem dnešní doby je cestování ve vysoké míře, migrace celých společenství (Špirudová, 2006).

Při aktuální politické situaci mluvíme o migrační vlně masy lidí z blízkého východu. A v takovéto době je nutné se zaměřit na otázky trans kulturního ošetrovatelství. Účelný a individuální přístup u každého pacienta s ohledem na jeho víru, zvyklosti a přesvědčení je cestou k bio-psycho-sociálně-spirituální spokojenosti pacienta, což je hlavní předpoklad správné a efektivní léčby.

1.1.1 Specifika náboženství Židovského

Judaismus, který vznikl ve třetím tisíciletí před naším letopočtem na území Palestiny (nynějšího území Izraele) je nejstarší monoteistické (uznává jednoho boha) náboženství na planetě. Vzniká sloučením náboženství tehdejších Hebrejských kmenů. Přes víru v jediného boha, židé jeho jméno nevyslovují, takové počínání je zakázáno, namísto toho tedy boha označují jako, Jahve nebo Adonai. Svatým textem Judaismu je Tóra (Ralbovská, 2009).

Krátká historie Židovského národa

Počátky Hebrejského národa, Židů, také někdy označovaných jako Izraelitů nalézáme v době bronzové, zhruba 3000-2000 let před naším letopočtem v tehdejší Mezopotámii kde údajně žili předkové Abrahamovi. Abraham se vydal do středozevní oblasti v té době ovládané

Egyptem a Chetity. V této době (zhruba 1300 př. n.l.) probíhá biblický příběh z knihy Exodus, zotročení Izraelitů, následná vzpoura Mojžíšova, deset ran egyptských a únik Izraelitů z Egypta. Po jejich úniku se národ vydává přes poušť k „rákosovému moři“ což je tehdejší označení Rudého moře. Egyptská armáda Izraelity pronásledovala a dle starozákonního příběhu s pomocí boha, který zaslepil egyptské armády a následně rozestoupil rudé moře, aby mohli Izraelité přejít suchou nohou na pevninu, izraelité unikají pronásledovatelům, které pohltilo rudé moře. V tomto období dochází k biblickým událostem na hoře Sinaj a snesení deseti přikázání božích. Koncem mladší doby bronzové se hebrejské kočovné kmeny usazují v palestinské hornatině. Kolem roku 1000 př.n.l. se izraelitům pod vládou krále Davida daří vytvořit v syrsko palestinském prostoru stát s hlavním městem Jeruzalémem. Tento stát vydržel až do vlády slavného krále Šalamouna (zhruba 965-926 př.n.l.), krátce po jeho smrti se však rozpadá a dělí se na severní království – Izrael a jižní království – Judu. Mezi královstvími docházelo k velmi častým konfliktům až do dobytí Asyřany v roce 721 př.n.l. V pátém století před naším letopočtem dochází k dobytí Judy Babyloňany a následnému rozvratu celé hebrejské říše. V návaznosti na tyto okolnosti a putování vyprahlou pouští začali izraelité přikládat větší důležitost obřizce, svátku šabatu a pravidlům o uchovávání jídla. Odbourala se závislost bohoslužeb k chrámům, nyní bylo možné je konat kdekoli bez návaznosti na svatá místa či směr modlitby. Následně docházelo k dalšímu rozptylu židovské komunity. Židé nyní žijící v diaspoře (stavu rozptýlení) byli vystaveni působení říše Římské, po dobytí Jeruzaléma v prvním století př.n.l. V této době mluvíme o částečné nezávislosti židovského národa, vůči Římu. Židovští vládcí, jako Král Herodes, měli plnou nadvládu nad Judou za podpory Římského dohledu – Prokurátora. Během dohledu římského prokurátora Piláta Pontského žil Ježíš Nazaretský. V roce 66 našeho letopočtu došlo k povstání proti Římu a následně ke zničení Jeruzaléma i chrámu římským vojevůdcem Titem. Během následujících necelých dvou tisíc let docházelo z rozptylování a srocování židovského národa do menších či větších komunit. Největší zlom v židovských dějinách přináší období první poloviny dvacátého století, kde vlna antisemitismu vyvrcholí v ukrutná zvěrstva páchaná na hebrejském národu. Při nástupu nacionalistické strany v Německu k moci spousta židů prchá do celého světa. Ovšem přes šest milionů nevinných židů je během pogromu na židy zavražděno v německých vyhlazovacích a pracovních táborech. Po pádu třetí říše je položen základ svobodného židovského státu, Izraele v oblasti Palestiny. Izraelité mají novou naději, začíná nová éra (Baumann, 2000).

V každodenním životě vyznavače judaismu je hned několik tradičních prvků začleněno. Například nejznámější – Kipa, tradiční pokrývka hlavy, kterou každý žid mužského pohlaví nosí na hlavě jako důkaz pokory vůči bohu. Drobných denních rituálů a tradic spojených s hygienou, stravováním, modlitbou a vírou samotnou je mnoho, pro účely naší práce uvádíme jen zvyky a tradice přímo či okrajově související s pobytem žida v nemocničním zařízení (De Vries, 2009).

Stravování

Veškeré jídlo, které žid pozře, musí být Košer neboli obřadně čisté, ze savců se například smí jíst hovězí, jehněčí či kůzlečí. Košer ovšem není maso vepřové, koňské ani králičí. Z ptáků jsou zakázáni především dravci, povoleny jsou běžně chované domestikované druhy, kuře, kachna, husa, krocan či krůta. Ryby vhodné ke konzumaci musí mít ploutve a šupiny, sumec, žralok, úhoř, pangasius či mořské plody košer nejsou. Všechno maso musí projít rituální porážkou a musí být zbaveno tkáňové krve, což se provádí nasolením a propláchnutím. Zakázáno je míchání masa a mléka. Po mase nesmí ihned následovat mléčný chod, mezi chody jsou proto i několikahodinové pauzy. Ovoce, zelenina či jiné plodiny jsou z hlediska kašrutu neproblematické a dají se kombinovat s masem i mlékem. I nádobí pro servírování těchto pokrmů je oddělené. Tato tradice přetrvává z dob minulých, kdy byla tato opatření nutná z hygienických důvodů při uskladňování a přípravě stravy, dalším důvodem je snadnější trávení bílkovin. Šochet, neboli obřadní řezník vykonává košer popravu zvěře, neboli schitu, člověk tohoto povolání provádí a dohlíží na rituální popravu zvěře která má mnoho zásad, mezi nimiž je i dohled nad klidným průběhem popravu, zvíře nesmí trpět, nesmí být v přítomnosti jiných zvířat, musí být plně zdravé, maso se následně nasoluje pro zbavení zbytků krve a tkáňového moku a podobně (De Vries, 2009).

Závodní stravování a hromadná příprava stravy bohužel nedává prostor pro přípravu košer stravy z důvodu nemožnosti individualizace a z hlediska hygienických předpisů a norem. Ortodoxní klient je tedy postaven před výběr stravy z dietního režimu, pokud jsou mu tyto služby, popřípadě služby dietní sestry nabídnuty. Naším cílem je najít optimální řešení, které je schopen pacient přijmout, aniž bychom byli, bez pacientova vědomí porušili jeho návyky a tradice. V opačném případě by hrozilo porušení důvěry ve vztahu ošetřující – pacient a maximalizace problému. Jako řešení se nabízí již zmíněná dietní sestra, která je schopna s pacientem sestavit do určité míry individuální stravování formou diet výběrových. Ani takový systém ovšem nemusí být za všech okolností ideální, pro ortodoxní židy striktně dodržující pravidla víry je stravování ve zdravotnickém zařízení nemyslitelné nejen z důvodu

nesprávného složení stravy, ale i ze způsobu její přípravy (oddělené nádoby na maso a mléko, rituální nečistota nádobí). V takovýchto případech je jediným možným řešením stravování z vlastních zdrojů za pomoci rodiny nebo přátel klienta. Samozřejmě ve vážných stavech nemoci se dle židovského zákona všechny předpisy náboženského života odsouvají do pozadí. (De Vries, 2009)

„Všechny předpisy náboženského života se při vážné nemoci stanou druhořadými v případě, že narušují proces uzdravování. Doktor je nejvyšší autoritou. Náboženský kodex mu přiznává absolutní vládu. S lehkou nevolností je možné Šabat přečkat.“ (De Vries, 2009, s. 238)

Z nejdůležitějších židovských tradic a specifík nesmíme vynechat svátky. Nejznámější z těchto svátků je Šabat, který se oslavuje každý týden v sobotu (začíná pátečním západem slunce a končí západem sobotním). Během Šabatu je zakázáno pracovat, vařit, psát. Je dovolen pouze odpočinek. Další svátkem je Pesach trvající osm dnů a probíhá během prvního týdne sedmého měsíce židovského kalendáře Nisanu. Při svátku je vzpomínáno na odchod židů z Egypta pod vedením Mojžíše, jak je popsáno ve starém zákoně. Dále Roš ha-šana, židovský nový rok. Jom kippur, den smíření. A dny svátosti Chanuka, nahrazující křesťanské svátky vánoční. Chanuka trvá sedm nocí, při kterých je postupně rozsvěcen sedmiramenný svícen – Menora. Židé křesťanské svátky vánoční neslaví (De Vries, 2009).

1.1.2 Specifika náboženství Islám

Islám je druhým největším světovým náboženstvím řazeným hned za křesťanství. Vznikl v sedmém století našeho letopočtu a tím se řadí mezi jedno z nejmladších globálně rozšířených náboženství. Je odvozeno od kázání biblického proroka Ibrahíma, za zakladatele náboženství je považován prorok Mohamed. Islám nepřímě vychází z učení křesťanského a uznává biblické postavy jako například i proroka Ježíše. Islamisté mají boha Alláha. Alláh, ani svatí a ostatní postavy koránu nesmí být nikdy vyobrazováni, jejich zobrazení je považováno za kacířství. Šíření Islámu bylo během Mohamedova života natolik rychlé, že před jeho smrtí byla prakticky celá tehdejší Arábie muslimská. Hlavním zdrojem víry a poznání každého muslima je posvátná kniha Korán neboli slovo boží. Další nedílnou součástí života muslimů a jejich kultury je soubor právních a morálních norem, právo šaría – arabsky cesta k prameni. Islámská víra jako taková, Imám, je podložena pěti pilíři náboženství (Křikavová, 2002).

a) ÍMÁM neboli víra

"Není boha kromě jediného Boha a Muhammad je jeho poslem a prorokem." (Korán 5:48)
Toto prohlášení víry se nazývá šaháda a je to jednoduchá věta, kterou pronášejí všichni věřící. Důležitost tohoto prohlášení je ve víře, že jediným cílem života je služba a poslouchání Boha a tento cíl je možné dosáhnout přijetím a následováním učení posledního proroka, Mohameda (Křikavová, 2002).

b) SALÁ – modlitba

Salá je jméno pro každodenní opakující se modlitby, vykonávané pětkrát denně, pro muslimy je Salá přímým spojením s bohem. V tomto náboženství se nevyskytuje hierarchie, každý obřad, prováděný v chrámu neboli Mešitě vede učený člověk, který pečlivě studoval Korán. Pět modliteb se odehrává Při východu slunce, v poledne, odpoledne, při západu a po západu slunce. Každá z modliteb obsahuje věty předepsané koránem a kdekoli na světě u jakéhokoli vyznavače islámu se odříkává s arabštině. V každé mešitě vzdělaný člověk vedoucí modlitbu před danou modlitbou pronáší výzvu k modlitbě a tím svolává věřící do mešity, nebo je upozorňuje na čas modlení. Ve větších mešitách a území s výskytem muslimů pronášejí výzvu pomocníci z věží chrámu, takzvaných Minaretů (Křikavová, 2002).

c) ZAKAT – finanční povinnost

V Islámu platí, že vše patří bohu a majetek je lidem propůjčený. Muslimové tím mají dosahovat čistoty a osobnímu růstu. Část majetku vždy mají odevzdávat chudým, čímž se jejich duše a majetek očistí. Tuto zásadu přirovnávají k protrhávání rostlin. Každý si svůj Zakat vypočítává sám a je to jedna čtyřicetina majetku mimo obydlí a pracovních nástrojů (Křikavová, 2002).

d) SAWM – Půst

Každý devátý měsíc muslimského kalendáře se koná Ramadán. V tomto měsíci se všichni muslimové od východu do západu slunce postí, to znamená že nejedí, nepijí a zdržují se sexuálních praktik. Ramadán nemusí dodržovat staří lidé, nemocní, cestující, dále menstrující a kojící ženy, těm je umožněno ramadán držet jiný měsíc. Děti drží ramadán od nástupu puberty. Muslimové tuto tradici chápou jako očištění těla i mysli (Křikavová, 2002).

"Vy, kteří věříte: předepsán vám jest půst, tak, jako byl již předepsán těm, kdož před vámi byli, snad budete bohobojní." (Korán 2:183).

e) HADŽHADŽ – pouť do Mekky

Každý muslim, který je fyzicky a finančně schopný by měl minimálně jedenkrát v životě podniknout pouť do Mekky. Pout' má stejně jako období Ramadánu spoustu doprovodných pravidel pro správné vykonání rituálu. Věková hranice je opět puberta a pout' nemusí vykonat nikdo, kdo na ní není fyzicky, psychicky, nebo finančně způsobilý. Pout' probíhá v období dvanáctého měsíce islámského kalendáře. Všichni poutníci nosí stejné obřadní roucho, aby byly smazány třídní rozdíly (Křikavová, 2002).

1.1.3 Specifika a tradice náboženství Budhistického

Buddhismus zaznamenal své počátky v 6. století před naším letopočtem, kdy se narodil jeho zakladatel Siddhártha Gautama neboli Buddha. Můžeme tedy buddhismus pokládat za jedno z nejstarších, doposud aktivních náboženství. O buddhismu je lepší mluvit jako o filozofii či jako o životním stylu. V dávných dobách bychom dokonce mluvili o buddhismu jako o civilizaci či formě politické síly, v těchto dobách se tato filozofie, která lidi spojovala, nazývala Dharma. Dnešní zásady nám známého buddhismu sloužili jako právně-morální forma pro fungování společnosti (Ñánasatta, 1996).

Budhista je člověk, který následuje Buddhovo učení (Dhammu), snaží se dodržovat její zásady, kterými se pokouší docílit stavu osvícení – chápej jako plné pochopení, ocenění a milování Dhammy. Budhista obvykle stráví celý život studováním filozofie života dle jednotlivých forem buddhismu (Theraváda, Mahájána, Zenový buddhismus, Tibetský buddhismus, Buddhismus diamantové cesty). Obecně v buddhismu platí učení míru, pravdy a pochopení. Někteří autoři základní principy buddhismu udávají jako paralelu k moudru „Žij a nech žít.“, čímž se snaží základy tohoto filozofického směru zjednodušit (Miltner, 2001).

Základními zásadami vyznavatelů buddhistické filozofie je otevřenost a transparentnost. Buddhovo učení je přístupné pro každého bez ohledu na věk, pohlaví, barvu kůže, původ. Ovšem všichni se zájmem o Buddhovo učení se musí podřídít deseti základním pravidlům, které Buddha vytvořil. Těmi jsou 1.- Nezabíjet a nezpůsobovat komukoli a čemukoli utrpení, to zahrnuje lidi, zvířata i majetek. 2.- Nebrat si, co není dáno. 3.- nedopouštět se sexuální nemorálnosti 4.- Nelhat. 5.- Nepožívat jakékoli omamné látky. 6.- Po obědě již nepřijímat potravu. 7.- Zákaz zpěvu, tance a potěšení. 8.- Nikdy nepřijímat peníze ani jiná platidla. 9.- Spát v lůžku, které není pohodlné. 10.- Nezdobit své tělo (Ñánasatta, 1996).

Jako v každém náboženství a filozofickém směru je samozřejmostí rozdílný přístup k této doktríně. Pravidla a zásady buddhismu bude jiným způsobem dodržovat mnich a jiným běžný

člověk následující hrubý obrys Buddhova učení, jak již bylo zmíněno, „žij a nech žít“. Pro pochopení míry zapojení následovníků je také důležité si uvědomit za jakých podmínek se buddhismus utvářel a rozvíjel. V osmém století našeho letopočtu se buddhismus dostává do tehdejšího Tibetu, kde se Dhamma rozvíjí v lesích, jeskyních a odlehlých kláštorech, následovníci pátrají po smyslu života v hlubinách své duše, daleko od civilizace. Ve čtrnáctém století našeho letopočtu ovšem vzniká buddhistická škola Gelugpa, která má poněkud jiný přístup, staví své chrámy poblíž brodů a komunikačních uzlů, rozvíjí buddhismus do míry takové, že přerůstá rovinu spirituální. Buddhismus nadále v Tibetu sloužil nejen jako náboženství, ale zároveň jako útvar politický, pod vedením hlavy státu i církve, Dalajlámy. Ten je tradičně reinkarnací Avalókitéšvara, bytost ztělesňující soucit a mír, obecně se jedná o nejváženější postavu pro buddhisty i Tibeťany hned po Buddhovi samotném. Tato provázanost politického a náboženského života bez zjevné koncepce nám známých politických modelů západu je těžké obsáhnout mentalitu lidí, plně oddaných tomuto filozofickému směru (Mnichů). Je třeba si ovšem uvědomit že být buddhistou se nerovná být mnichem. Šedé spisy, které dokumentují tehdejší působení buddhistické filozofie propojené s politickou mocí neukazují utopickou společnost plnou mírumilovných následovníků Buddhova učení, nýbrž chabě fungující stát v rukou netransparentní buddhistické autokracie. V dnešní době je ovšem situace jiná, po násilné anexi Tibetu vojsky Čínské lidové republiky pod vedením tehdejšího předsedy komunistické strany Číny – Mao Ce Tunga, dochází ke stálému úpadku buddhistické filozofie a jejích hodnot. Dle slova Jana Matušky v dnešním Tibetu na opravdové buddhisty nenarazíme. Toto nehostinné prostředí ovšem dává prostor Buddhismu pro růst do jiných směrů (Šiška, Matuška, 2012).

1.2 Základní principy multikulturního ošetřovatelství

„Multikulturalismus je v podstatě požadavek rovného uznání všech lidí a jejich kultur“ (Ivanová, 2005).

Multikulturní/Transkulturní péče byla dříve využívána a vnímána jako prostředek státu nebo společnosti, kterým regulujeme a ovlivňujeme asimilaci migrantů ze strachu z ohrožení vlastní kultury a identity. Tyto snahy se později ukázaly jako neúčinné, proto byl v šedesátých letech zaveden koncept Multikulturalismu. (Ivanová, 2005, s.15) Ten vnímá a toleruje náboženské, kulturní a jiné skupiny, například migranty jako celek, o který je třeba pečovat

dle jejich standardů. Po 20 letech aplikace tohoto konceptu bylo zjištěno, že ucelený a mechanický přístup k odlišným kulturám je v dnešní době globalizace nepoužitelný. Prohlubuje rozdíly mezi kulturami, vytváří se cizinecká ghetta a kulturně odlišní jsou často znevýhodňováni (Ivanová, 2005).

Dle nového „Transkulturalistického“ přístupu je nutné hledět na každého cizince, migranta, kulturně odlišného člověka individuálně, plán péče a integrace musí být tvořen ve spolupráci s klientem, aby se docílilo maximalizace efektivity péče, ať ošetrovatelské, tak i sociální a spirituální (Ivanová, 2005, s.16).

„Reagování na zdraví a nemoc není jen záležitost biomedicínská, ale také psychosociální, etnická a náboženská. Stojí tedy za to se podrobněji zabývat případy, kdy je pacientem příslušník určité menšiny, který se odlišuje svými názory a reakcemi od běžného „standartního pacienta.“ (Ivanová, 2005, s.16).

V multikulturním ošetrovatelství je základní a nejdůležitější jednotka klient. Na klienta se v rámci multikulturního ošetrovatelství díváme individuálně, péči o něj nepodřizujeme obecným standardům péče o konkrétní minoritu, ze které pochází. Péče by mohla následně být zkreslena nepodloženými, nebo neplatnými stereotypy, predsudky, špatnými úsudky. Jako například při krátkodobé péči o turisty, u kterých je velmi časté nekorektní a předpojaté chování, které se následně může promítat do představy personálu o dané kultuře jako celku (Mastliaková, 1999).

Abychom dokázali klientovi poskytovat ucelenou holistickou péči, musíme mimo běžných informací sbíraných od pacienta hledět na jeho duševní potřeby, které se bohužel ve zdravotnických zařízeních v dnešní době často řadí do pozadí ve frontě důležitosti. Přitom právě pocity a víra provázející klienta při příjmu do zdravotnického zařízení a během hospitalizace mají obrovský dopad na průběh léčby a na psychický stav klienta. Každý člověk potřebuje pocit přijetí, pocit naplnění všech svých potřeb. Naše zdravotnictví je na úrovni, kdy je nepodkročitelným standardem individuální péče o stravování, vyšší standart hygieny, soukromí, ubytování. Ovšem pocitová stránka pobytu ve zdravotnickém zařízení se stále podceňuje. Nálada, rozpoložení a spokojenost se bezpochyby do dokumentace zaznamenává, ale je velmi málo případů, ve kterých se s problémem, který momentálně nastal dále pracuje. V rámci standardů ošetrovatelské péče a tolerance cizích standardů vyvstává v naší republice otázka, zda je problém nadále nutno řešit? Otázka se váže na problematiku migrace, která

v dnešní době není nikterak dlouhým procesem. Cestování za jakýmkoli účelem je dnes otázkou pouhých hodin, smazávají se hranice států a tím i kultur, které se nadále mísí. Kutnohorská pokládá otázku: Jsou jejich (Kulturně odlišných) potřeby opravdu natolik odlišné od našich? A: Jak a zda vůbec přijímají naše standarty ošetrovatelské péče? (Kutnohorská, 2005, s. 40).

1.3 Humanistický model Madelaine Leininger – Teorie transkulturní péče

Madelaine Leininger – Sestra, profesorka ošetrovatelství a antropologie, která v roce 1960 poprvé definovala pojem Transkulturní ošetrovatelství. V 50. letech se během vlastní praxe začala zajímat o vliv kultury na chování jedince v nemocnici. Souvislost nespokojenosti při ošetrování a odlišností kultury byla velmi vysoká. Uvedla, že kultura má vliv na životní styl stejně jako na ošetrovatelskou péči. Ve svých knihách (Nursing and antropology: Two worlds of blend, Transcultural nursing: concepts) rozvedla své koncepty ošetrování kulturně odlišných jedinců v návaznosti na studia a poznatky sociální antropologie, která nám mimo jiné určuje pojmy kultury, subkultury a dalších souvisejících. Dominantní kulturou je ta, která na určitém daném území předčí jiné kultury a stane se společenským standardem, přičemž nemusí být vždy nejpočetnější skupinou. Pojem subkultura nám určuje část dominantní kultury, která je od celku odlišná stylem života, tradicemi, zvyklostmi a pravidly fungování dané subkulturní společnosti. Holistický ošetrovatelský přístup je dle Leiningerové základní složkou léčby, bez které není možné nikdy dosáhnout kompletního uzdravení (Archalousová, 2005).

1.3.1 Meta paradigmatické koncepce

- a) **Osoba** – Je člověk, schopný se o sebe postarat. Využívá různé způsoby naplňování svých potřeb na základě své kultury a prostředí.
- b) **Prostředí** – Nedefinuje ho kultura. Ale souvisí se společností a ekonomickým, politickým a sociálním zázemím.
- c) **Zdraví** – Definovala ho jako stav duševní pohody. Jako schopnost vykonávat denní činnosti kulturně vhodným způsobem.
- d) **Ošetrovatelství** – Transkulturní profese. Naplňuje potřeby nemocného, pokud toho není schopen (Jarošová, 2002).

1.3.2 Typy péče dle Leiningerové

Kulturní péče pomáhající uchovat zdraví

Typ péče, který je možné aplikovat na zdravé i nemocné klienty. Jeho základem je utváření dobré nálady a celkové pohody klienta pro uchování, nebo získání zdraví (Špirudová, 2004).

Péče umožňující adaptaci

Tento typ péče je pro naši práci nejpoužitelnější, jeho podstatou je podpora klienta v nemoci, kdy se nachází ve stavu, který neodpovídá jeho zvyklostem. Například pacient jiné kultury nacházející se v našem zdravotnickém zařízení. V tomto typu péče se slučují všechny úkony ošetrujícího personálu, které napomáhají pacientovi ve zvládnání odlišné kultury a dávají mu prostor pro uplatnění svých zvyklostí a rituálů (Špirudová, 2004).

Péče pomáhající uskutečnit změny

Tato péče je uplatnitelná v případě nutné adaptace na změnu. Ať už se jedná o tělesný obraz, nutnost diety apod. Sestra v tomto typu péče hledá ve spolupráci s pacientem způsoby, jak se nejlépe adaptovat na nově vzniklou situaci (Špirudová, 2004).

1.3.3 NANDA Taxonomie II

Pomocné návody pro Transkulturní ošetrovatelství nalézáme rámcově i v NANDA taxonomii II. V doméně číslo 10 (Životní princip) nalézáme potencionální diagnózy které věřícího pacienta při pobytu ve zdravotnickém zařízení reálně ohrožují. Často drastická změna prostředí u pacienta může vyvolat posun v jeho základních potřebách, změnit strukturu jeho hodnot a přesunout pozornost od dříve důležitých cílů a hodnot jinam. V těchto případech je právě proto důležité pacientovi poskytnout holistickou trans kulturní péči. Často totiž zapomínáme, že ve zdravotnickém zařízení nestoná pouze tělo. Potencionální diagnózy jako Riziko duchovního strádání (00067) a riziko zhoršené religiozity (00170) jsou proto reálnou hrozbou. Nanda taxonomie II nám dává na tyto rizikové diagnózy odpověď v podobě intervencí které jsme schopni provádět v rámci oddělení a opět se jedná o pojetí holistické, o umožnění modlitby dle jednotlivých tradic, o umožnění dodržování zažitých zvyků a postojů pacienta. Tyto intervence nemalým způsobem napomáhají obnově zdravé psychiky pacienta a rapidnějšímu uzdravení (Herdman. Kamitsuru, s.339, s.342).

1.4 Specifika při ošetrování daných kulturně odlišných menšin

1.4.1 Specifika při ošetrování Židů

V této kapitole se zaměříme na specifické odlišnosti při ošetrování Židů. Při ošetrování jakéhokoli pacienta se zaměřujeme na jeho osobu individuálně, vnímáme ho jako holistickou

bytost. Součástí pacienta, jako holistické bytosti je i jeho spirituální a sociální složka, ze kterých vyplývají specifické potřeby vázané na pacientovo vyznání. Dle průzkumu českého statistického úřadu při sčítání lidu v roce 2011 vyplývá že v české republice žije 1113 židů. Sama federace židovských obcí přiznává že registruje okolo 3000 členů a počet židů v české republice odhaduje na 15-20 tisíc. Vezmeme-li v potaz že dle průzkumu ČSÚ je okolo 70 procent české populace bez vyznání, nejedná se o malá čísla. (ČSÚ, 2011)

Nemoc a smrt

Smrt přeruší pouto, o němž se domníváme že nás pojí s věčností. My, lidé jsme nepoučitelní. Víme, že nás stále obklopuje nejistota. Uvědomujeme si, že každá vteřina nám je propůjčena, že každá generace musí uvolnit místo té další. „Pokolení přichází, pokolení odchází, země je věčná.“ (Bible, Kniha Davidova, KAZ 1,4).

Vztah židů k léčebným zařízením a péči o pozemské tělo je velmi specifický, jejich víra jim ukládá povinnost pečovat co možná nejlepším způsobem o své tělo, zajistit nejlepší možnou a dostupnou péči. Restrikce léčebných metod jsou minimální, židé smějí přijímat jakékoli léky, transfúze a mohou podstoupit amputaci, amputované části musí ovšem být vždy poskytnuty rodině nemocného, k řádnému pohřbu. Léčebná metoda, kterou převážně ortodoxní židé odmítají je transplantace, u méně ortodoxních skupin se s tímto ovšem neseškáváme. Pitva je u židů přípustná pouze v případě že nebudou odejmuty žádné části těla. Pravidlem v Judaismu je nenechat nemocného samotného. Na ošetrovací jednotce se proto často setkáme s návštěvami nemocného, je třeba umožnit rodině přístup co možná nejčastěji, dovoluje-li to pacientům zdravotní stav a chod ošetrovací jednotky. Tento aspekt péče o nemocného je udržován rodinou nemocného, popřípadě přáteli. V tomto okruhu je pro židy velmi důležité sdílení pocitů, předpokládá se spoluúčast na žalu a bolest, což je hluboce zakořeněno v židovských tradicích spojených s nemocí a umíráním. K návštěvám nemocného se váže jasně definovaná tradice Bikur Cholim (De Vries, 2009).

Bikur Cholim

Bikur Cholim je jedno z 613 Mitzvah neboli jedno z božích přikázání udělených na hoře Sinaj. Jedná se o povinnost návštěvy a pomoci nemocným vycházející z „*Gemilut chasadim*“ v doslovném předkladu znamenajícím „*podávání lásky a milosrdenství bližnímu*“ a je jednou z každodenních zásad udávaných v židovské víře. Talmud židy učí že „*Gemilut chasadim*“ je důležitější než „*Tzedakah*“, neboli charita. Rabínské učení klade důraz na tuto zásadu

a udává, že by měla být jednou z nejdůležitějších složek každodenního života každého žida (Jewish Practices & Rituals: Gemilut Hasadim c1998-2017).

Omývání – Rituální mytí

Z Talmudu známe dva typy rituálního mytí, Tevila a Netijad Jadajim. Tevila znamená očistu v rituální lázni neboli Mikve, což je nádrž přírodní vody, probíhá v ní očištění žen i mužů před židovskými svátky, očištění žen po porodu či menstruaci a také očištění určitých rituálních předmětů či nádobí vyrobené nežidy. Netilad Jadajim je druhá forma očisty skládající se z očisty rukou ve speciální nádobě s dvěma uchy zvané Natla. Provádí se trojnásobným politím nejdříve pravé, posléze levé ruky při pronášení požehnání *Baruch ata Adonai Elo hejnu melech ha-olam, ašer kidšanu be-micvotav ve-civanu al netilat Jadajim*“ v překladu znamenajícím „*Požehnaný jsi Ty, Hospodine, Bože náš, Králi všehomíru, jenž jsi nás posvětil Svými příkázáními a přikázal nám umývání rukou*“. Židé tento druhý typ očisty používají převážně při běžných, každodenních činnostech, před modlitbami a po provedení pohlavního styku (Blažek, 2009).

Košer pokrmy

Pravidla Košer stravování dle zásad Kašrútu a povolené i nepovolené způsoby stravování jsme popsali ve specificích náboženství židovského.

Umírání, Smrt

Ortodoxní židé odmítají transplantace pro nečistotu a vyžadují, aby všechny části těla, které jsou odejmuty byly předány rodině, která je může pohřbít. Při umírání je u nemocného přítomna nejbližší rodina, která má tradičně zakázáno projevovat obavy a starosti, má nemocného klienta podporovat a sdělovat mu příjemné skutečnosti. Nesmí ho zatěžovat. Ceremonie po úmrtí klienta se mohou protáhnout i na několik týdnů po úmrtí (De Vries, 2009; Blažek, 2009).

1.4.2 Specifika při ošetřování Muslimů

Islám je jedno z nejmladších náboženství na naší planetě, avšak je vyznáváno až dvaceti procenty celkové populace, nejčetnější výskyt muslimů je v oblasti blízkého východu a v oblasti subsaharské Afriky. Ze statistik ČSÚ (sčítání lidu v roce 2011) vyplývá že v naší republice se k Islámu hlásí 1921 obyvatel, dle muslimských obcí se jedná o počet okolo 15 000 obyvatel. Avšak Česká Republika je muslimy velice oblíbená a vyhledávaná částečně díky tradici lázeňství a následně také díky výměnným pobytům a studiu na našich vysokých školách. Nejen díky migrační krizi z roku 2015 je proto tedy otázka populace muslimů v naší republice důležité téma (ČSÚ, 2011).

Komunikace

Kultura a zvyky muslimů se nám, Středoevropanům, často zdají přehnaně přátelské, otevřené, emotivní. Muslimská kultura je těmito jevy charakteristická a známá pro horkokrevné a velmi hlasité jednání, které může být někdy mylně vykládáno jako agrese. Běžný projev mezi muslimy je vždy vřelý a plný emocí, strohá nebo dokonce účelná mluva, která je nám vlastní je pro muslimy nepřijatelná a v některých případech i urážlivá. Při komunikaci s muslimským klientem si proto musíme dát pozor hned na několik základních bodů. Muslim nikdy nehovoří přímo k danému tématu, používá slovních klíčků a mluví obecně a obšírně, musíme si proto na klienta vyhradit více času stran komunikace, neodpovídat stroze a domluvit se s klientem na vzájemných pravidlech formou mírného dohadování. Dále je u muslimů zvykem při komunikaci výrazně zapojovat gestiku spojenou s tělesným kontaktem. V arabských zemích jsou naprosto běžným prvkem, spojeným s komunikací, poplácávání, třesení pravicí, uklánění, objímání, držení za ruce a polibky na tvář mezi stejným pohlavím, nikdy opačně. Předměty podávané pacientovi bychom měli předávat pravou rukou, předávání levou rukou může být vykládáno jako nečisté, a tudíž nevhodné až urážlivé. Přesto že neočekáváme že klient na nemocničním lůžku bude vyžadovat objetí a polibky, můžeme očekávat a měli bychom jeho projevy gest do jisté míry tolerovat. Mezi muslimy je nadále velice důležitým komunikačním prvkem výrazný oční kontakt, muslimové ho velmi často navazují, je pro ně symbolem otevřenosti a upřímnosti, nepřítomnost očního kontaktu si mohou vykládat jako antipatie či jako známku toho že klientovi nepřikládáme dostatečnou důležitost, nebo jím dokonce opovrhujeme (Ryšlinková, 2009., Křikavová, 2002).

Postavení muže a ženy

Postavení muže a ženy v arabském světě je specifickou složkou muslimské víry, která je velice odlišná od středoevropského pojetí společnosti. Ošetřující personál by měl respektovat vybrané zásady pro přístup k mužům a ženám muslimského vyznání. Pro ortodoxní muslimy je nepřijatelný fyzický kontakt s opačným pohlavím, samozřejmě s výjimkou partnera. Díky tomuto pravidlu může ve zdravotnickém zařízení dojít k řadě problémů. Žena muslimského vyznání bude vždy pro vyšetření vyžadovat lékařku, svlékání oděvu bychom měli vyhradit pouze při nejnnutnějších vyšetřeních a zákrocích, vyšetření per rectum a per vaginam žena ve většině případů vyšetření odmítne. Při vyšetření ženy by měla být vždy přítomna další žena, popřípadě manžel, aby byla zajištěna morální podpora a kontrola vyšetřující osoby. Intimita a stud hrají u muslimů velkou roli a nesmíme tento aspekt opomíjet, je důležité abychom zajistili úplné soukromí, popřípadě vyšetřovanou osobu odizolovali co možná nejlepším způsobem od zbytku oddělení či ambulance (Ryšlinková, 2009, Křikavová, 2002).

Při ošetřování či vyšetřování muže jsou pravidla velmi podobná. Muž muslim bude ve většině případů vyžadovat lékaře. U vyšetření muže z pravidla nemusí být přítomen rodinný příslušník či jiná další osoba, pokud se nejedná o osobu nezletilou či nesvéprávnou. Opět klademe důraz na soukromí a intimitu. Dalším potencionálním problémem pro muslima mužského pohlaví je přítomnost a péče zdravotních sester a ošetřovatelek. V praxi se můžeme setkat s odmítáním péče zdravotní sestry ženského pohlaví stran klienta. Proto je v našem zájmu zajistit klientovi mužského pohlaví zdravotní sestru mužského pohlaví, ošetřovatele a podobně, pokud nám toto umožňuje dané pracoviště. Pokud tomu tak není, můžeme se bohužel v praxi setkávat s hostilitou ze strany klienta formou odmítání péče, pejorativními výrazy, poznámkami na kvalitu péče a zařízení, či dokonce fyzickou agresí. Částečným řešením je zvýšená možnost návštěv rodiny klienta, rozhovor s rodilým mluvčím či tlumočnickem, který je schopný pacientovi objasnit kulturní rozdíly, nastavení kompromisů dohodou mezi personálem a klientem, stanovení osobních hranic a postupů při fyzickém kontaktu, pokud tak umožňuje zdravotní stav klienta a chod zařízení (Janda, 2010; Špirudová, 2004).

Modlitby

Muslim je dle Koránu povinen pětkrát denně (Při východu slunce, v poledne, odpoledne, při západu a po západu slunce.) provádět modlitbu směrem k Mekce. Klient vyznávající islám ve zdravotnickém zařízení bude, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav, požadovat možnost modlitby (Ryšlinková, 2009). Pacient upoutaný na lůžko smí provádět modlitbu vleže bez ohledu na směr modlitby. Na personálu je v tomto případě zajistit pacientovi klid na modlitbu a zajistit prostředky nebo možnost k hygieně. Muslim je povinen před každou modlitbou provést očistu skládající se z mytí nohou, rukou a hlavy (Janda, 2010., Křikavová, 2002).

Stravování a měsíc Ramadán

Muslimům se řídí koránem i v případě stravování, ten rozděluje potravu na Halal (povolená) a Haram (zakázaná). Haram je vepřové maso, maso predátorů, požívání krve a jakékoli maso které bylo zabito jiným než obřadním způsobem. Pokud nastane situace, kdy musí muslim dodržovat dietní opatření, z pravidla s opatřením nemá problém, pokud je mu řádně objasněn důvod a důsledky případného nedodržení. Měsíc ramadán je pro muslimy měsícem půstu a odříkání, kdy je povolena konzumace potravin pouze po západu slunce. Pravidla měsíce ramadánu dle koránu nemusí dodržovat děti, těhotné ženy, nemocní a cestující. Pokud ovšem není muslimův zdravotní stav přesříliš vážný, můžeme se setkat s tím, že bude na vykonávání půstu trvat. V takovém případě bychom mu měli tuto možnost ponechat, pokud

dané chování přímo nepoškodí či nezhorší pacientův současný zdravotní stav. Podobně jako v židovské víře je v islámu zakořeněn silný respekt k osobě lékaře. Proto je právě lékař člověkem, který je schopný muslima přesvědčit o nutnosti daných léčebných postupů a nařízení. Lékaři z pravidla muslim neoponuje (Hammudah, 2010).

Umírání, smrt

U klientů vyznávajících islám je povolen jakýkoli způsob záchrany života, ať už se jedná o amputaci, transfuzi, operaci, resuscitaci či transplantaci. Při umírání by měla vždy být přítomna rodina, která naslouchá vyznání umírajícího. Mrtvé tělo by mělo s postelí směřovat k Mekce. Pitva je všeobecně zakázána z důvodu, že dle koránu tělo zemřelého patří Alláhu. Pitva je povolena pouze v případě, že není známa příčina smrti. I v takovém případě ovšem musí být detailně informována rodina zemřelého, v některých případech i přítomna, pokud je toto dovoleno (Černá, 2005).

1.4.3 Specifika při ošetřování Buddhistů

Vyznavači tohoto filozofického směru jsou ve většině případů velmi chápající, přizpůsobiví a trpěliví. Na našem území je nejčetnější skupina vyznavačů této filozofie vietnamská minorita, čítající okolo 60 000 osob. Dle českého statistického úřadu se v české republice k roku 2011 kdy proběhlo sčítání lidu vykytovalo 2617 osob hlásících se k buddhistickému náboženství majících české občanství. Buddhisté jsou přesvědčení že lidské tělo je pouhá schránka na cestě životem, věří v nekonečný koloběh zrození a smrti, na převtělování duše do nových schránek. Buddhisté z pravidla neodmítají ošetrovatelskou péči, ale vždy jí nutně nevyhledávají. Často preferují léčbu homeopatiky, bylinami, klidem duše a hlubokým stavem meditace. Buddhista ve zdravotnickém zařízení ocení co možná největší klid, klidný a neuspěchaný přístup personálu a dostatek světla. Buddhisté často díky své povaze a filozofii mohou bagatelizovat svoje problémy, nebo plně nevyslovit jejich bolest či trápení. Je proto nad míru důležité dbát o celkové pohodlí klienta a aktivně vyhledávat možné překážky v péči o klienta. Co se týče stravování, většina buddhistů se stravuje vegetariánskou či veganskou dietou. Velmi důležitým aspektem buddhismu je duševní i tělesná čistota, umožňuje-li to zdravotní stav klienta a uzpůsobení zdravotnického zařízení, měli bychom klientovi poskytnout dostatečný čas a klid pro meditace a hygienu (Ñánassata, 1996., Miltner, 2001).

Na našem území je buddhistická filozofie nejvíce zastoupena vietnamskou menšinou, tato komunita s sebou s příchodem do naší republiky přinesla tuto rozvíjející se východní filozofii. Vietnam samozřejmě není pouze zemí buddhistů, nicméně tato filozofie je velmi populární, rozšířená a její prvky nalezneme ve vietnamské komunitě v každodenním životě. Z důvodu

zmíněné rozmanitosti náboženství a filozofií ve Vietnamu a s tím spojená jiná specifika ošetřování u této minority, se proto nezaměřujeme pouze na vietnamskou minoritu jako na hlavního představitele skupiny, nýbrž pouze na vyznavače filozofie jako takové (DO THI, 2015).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

Na základě vytyčených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1.) Je pro ošetřované klienty víra důležitou součástí života?
- 2.) Jakým způsobem vnímají ošetřovaní klienti ošetrovatelskou péči v daném zařízení?
- 3.) Je ošetřovaným klientům poskytována péče, která odpovídá a vyhovuje jejich zvyklostem a specifikům daného náboženství, vyžadují ji?
- 4.) Setkali se někdy klienti s negativním přístupem v daném zdravotnickém zařízení ze strany personálu kvůli jejich víře, jak vnímají klienti přístup okolí?

2.2 Metodika výzkumu

Pro získávání dat byla využita metoda kvantitativního výzkumu. Jako způsob sběru dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Respondenty byly klienti od osmnácti let věku, kteří jsou členy jednoho z náboženských nebo filozofických směrů v práci zkoumaných. Dotazníky byly distribuovány v nejmenované krajské nemocnici na ambulantních i lůžkových částech. Zároveň byla využita elektronická forma stejného dotazníku, která byla distribuována mezi současné či bývalé klienty již zmiňovaného krajského zdravotnického zařízení, za stejných podmínek jako forma tištěná. Na každém místě či u každé osoby, kde byly tištěné formy dotazníku distribuovány, byla přidělena obálka označená svým jménem, datem počátku výzkumu a názvem výzkumu, do které pověřené osoby vkládaly vyplněné dotazníky.

Forma dotazníku

Jedná se o nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby (Viz. Příloha A) obsahující patnáct otázek. Otázky mají dvě až pět možných odpovědí, z nichž je vždy možné zaznamenat pouze jednu. O těchto kritériích je respondent informován v úvodu dotazníku. Dotazník je rozdělen do dvou částí, první částí (otázky č. 1,2,3,4) jsou otázky dotazující se na pohlaví, věk respondentů, k jakému náboženskému nebo filozofickému směru náleží a otázka na to, zda respondent má, či nemá české občanství. Druhou částí (otázky č. 5. – 15.) jsou otázky směřované na klientovu víru a na vnímání chování svého okolí v nemocničním prostředí, na chování personálu a specifika ošetrovatelské péče, která mu byla či je poskytována.

Pilotní šetření

Pro správnou formulaci otázek a srozumitelnost vytvořeného dotazníku bylo v pilotním průzkumu rozdáno 10 dotazníků mezi rodinné příslušníky. Jejich zpětná vazba ukázala přehnanou složitost ve formulaci otázek 5.-15., proto byla formulace otázek přehodnocena a přepracována do srozumitelnější, lépe pochopitelné formy, která je k dispozici v příloze práce.

Počet dotazníků

Celkem bylo tištěné formy dotazníku distribuováno 200 kusů. 100 kusů (50%) bylo rozdáno na lůžkové a ambulantní části nejmenovaného krajského zdravotnického zařízení. 50 dotazníků (25%) bylo předáno všeobecné sestře, která pracuje pro domácí zdravotní agenturu, ve které pečuje o židy a jejich rodiny, díky kterým jsem byl schopen získat dostatečný počet respondentů vyznávajících Judaismus. Posledních 50 dotazníků (25%) bylo předáno lékařce z nejmenované krajské nemocnice, která je odbornicí na péči o vietnamskou minoritu a o pacienty vyznávající filozofii buddhismu. Z celkového počtu dotazníků se vrátilo 67 (33,5%) z tohoto počtu bylo ovšem 15 dotazníků (7,5%) vyplněno neúplně, proto musely být z šetření vyloučeny. Kompletních a použitelných dotazníků bylo tedy celkem 52 (26 % z celkového počtu). Elektronická forma dotazníku nebyla využita žádným respondentem.

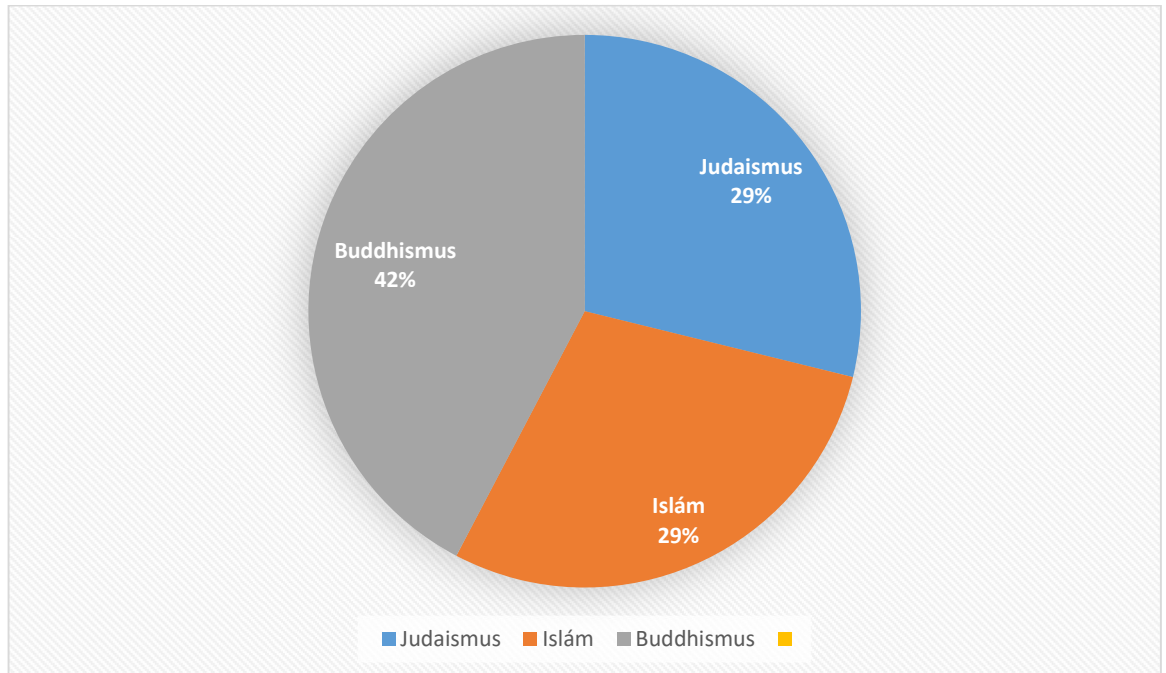
Forma zpracování dat

Ke zpracování získaných dat byl využit software Microsoft Word 2016 a Microsoft Excel 2016. K oběma zmíněným byla využita licence poskytnutá Univerzitou Pardubice.

2.3 Prezentace výsledků

Data jsou zobrazena formou grafů zobrazujících počet respondentů u dané odpovědi a procentuální vyjádřena.

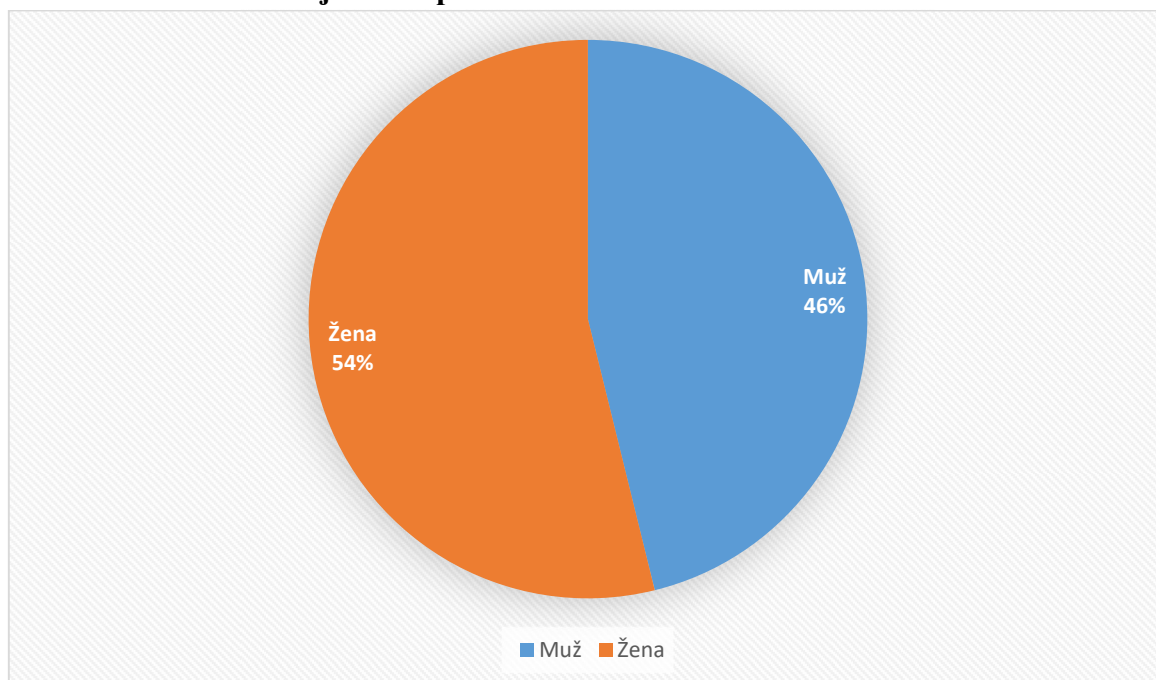
Otázka číslo 1. - Jakého jste vyznání?



Obrázek 1 Rozdělení respondentů podle vyznání (zdroj: Vlastní výzkum)

První otázka se zabývá rozdělením respondentů do jednotlivých náboženských či filozofických skupin. Z grafu vyplývá že respondentů skupiny Islám i Judaismus tvořil stejný počet lidí čili 15 a 15 (29 %) a (29 %). Nejčetnější skupinou respondentů byli vyznavači buddhismu, takovýchto bylo 22 (42 %).

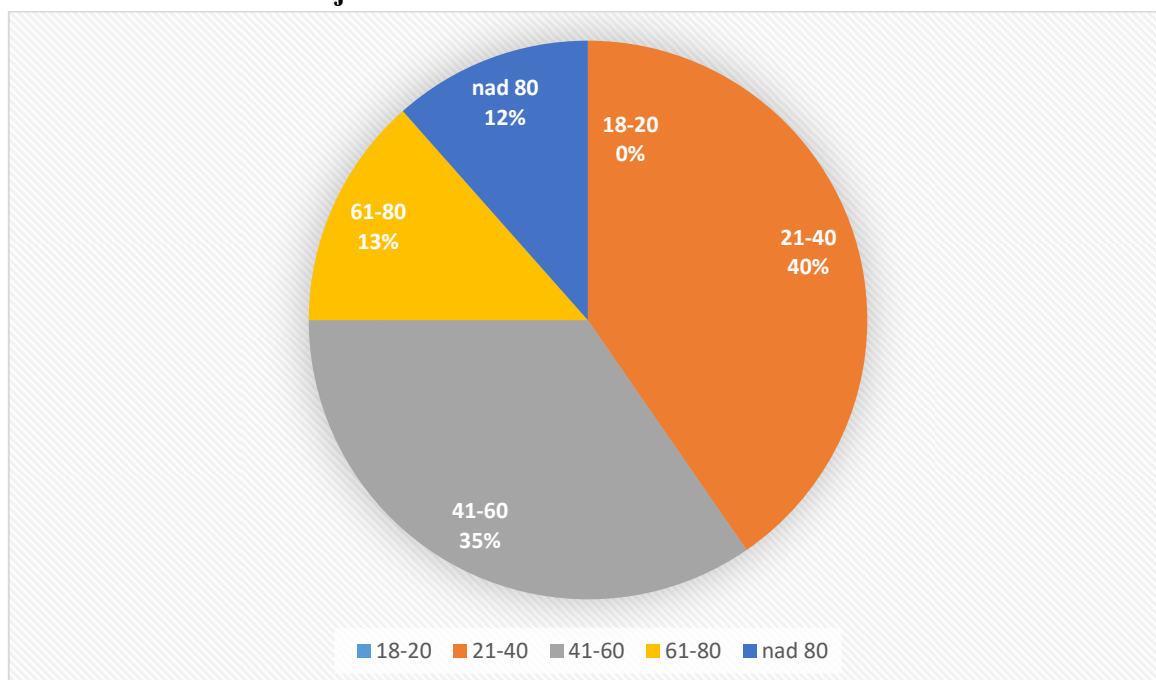
Otázka číslo 2. – Jaké je vaše pohlaví?



Obrázek 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví (zdroj: Vlastní výzkum)

Druhá otázka rozděluje respondenty podle pohlaví. Z grafu vyplývá že nadpoloviční většina respondentů 28 (54 %) jsou ženy. Muži zastupují 24 respondentů (46 %).

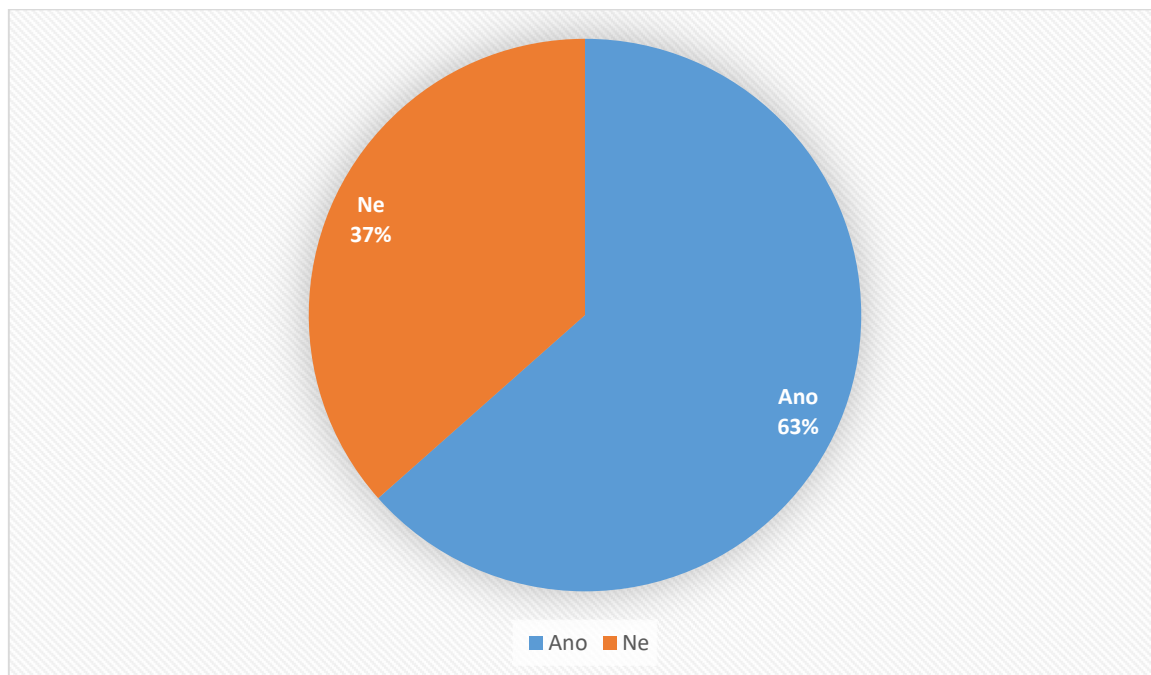
Otázka číslo 3. – Kolik je vám let?



Obrázek 3 Rozdělení respondentů podle věku (zdroj: Vlastní výzkum)

Třetí otázka dělí respondenty do věkových skupin. Respondenti byli rozděleni do pěti věkových skupin. Skupina 18-20 se v průzkumu nevyskytla ani jednou. Nejpočetnější skupinou byli respondenti skupiny 21-40 s 21 zástupci (40 %), druhou nejpočetnější byla skupina 41-60 s 18 zástupci (35 %). Skupina 61-80 obsahovala 7 respondentů (13 %). A skupina nad 80 byla druhou nejméně početnou s 6 respondenty (12 %).

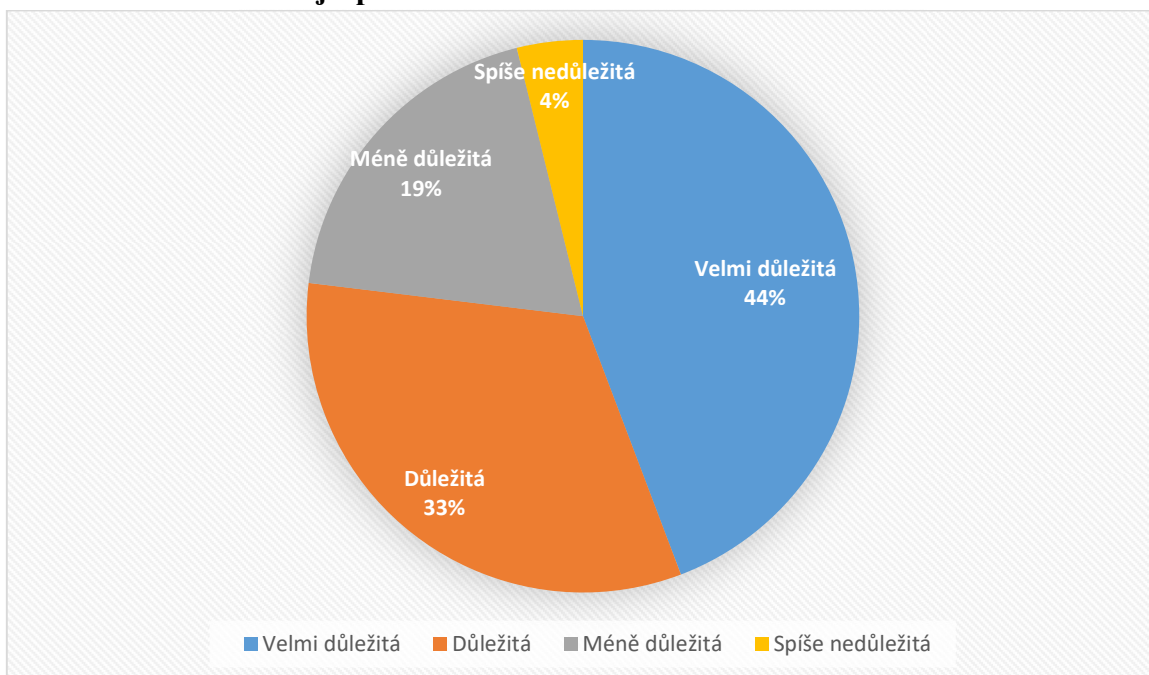
Otázka číslo 4. – Máte české občanství?



Obrázek 4 Rozdělení respondentů dle státní příslušnosti (zdroj: Vlastní výzkum)

Ve čtvrté otázce zkoumáme, zda mají respondenti české občanství či nikoli. Většina respondentů, tedy 33 (63 %) české občanství má. Zbytek respondentů, tedy 19 (37 %) české občanství nemá.

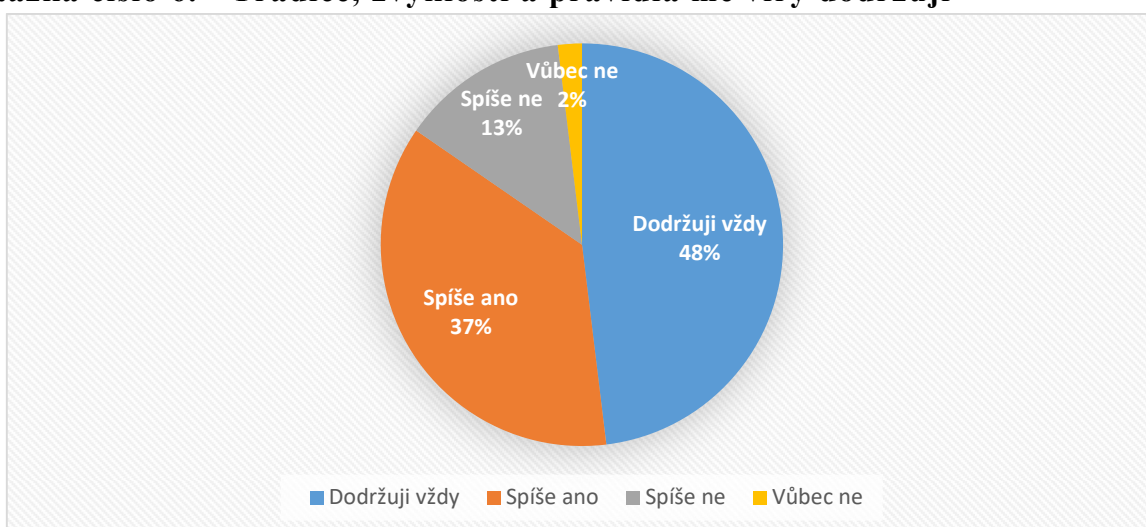
Otázka číslo 5. – Víra je pro mě?



Obrázek 5 Míra důležitosti víry dle respondentů (zdroj: Vlastní výzkum)

V páté otázce respondenti odpovídali na dotaz, jak je pro ně víra důležitá v každodenním životě. Největší skupinou – 23 (44 %) byli respondenti odpovídající že víra je pro ně velmi důležitá. Druhou největší skupinou zastupující jednu třetinu, 17 (33 %) byli respondenti tvrdící že víra je pro ně důležitá. 10 respondentů (19 %) odpovědělo že víra je pro ně spíše méně důležitá a 2 (4 %) respondenti odpověděli že víra je pro ně spíše nedůležitá.

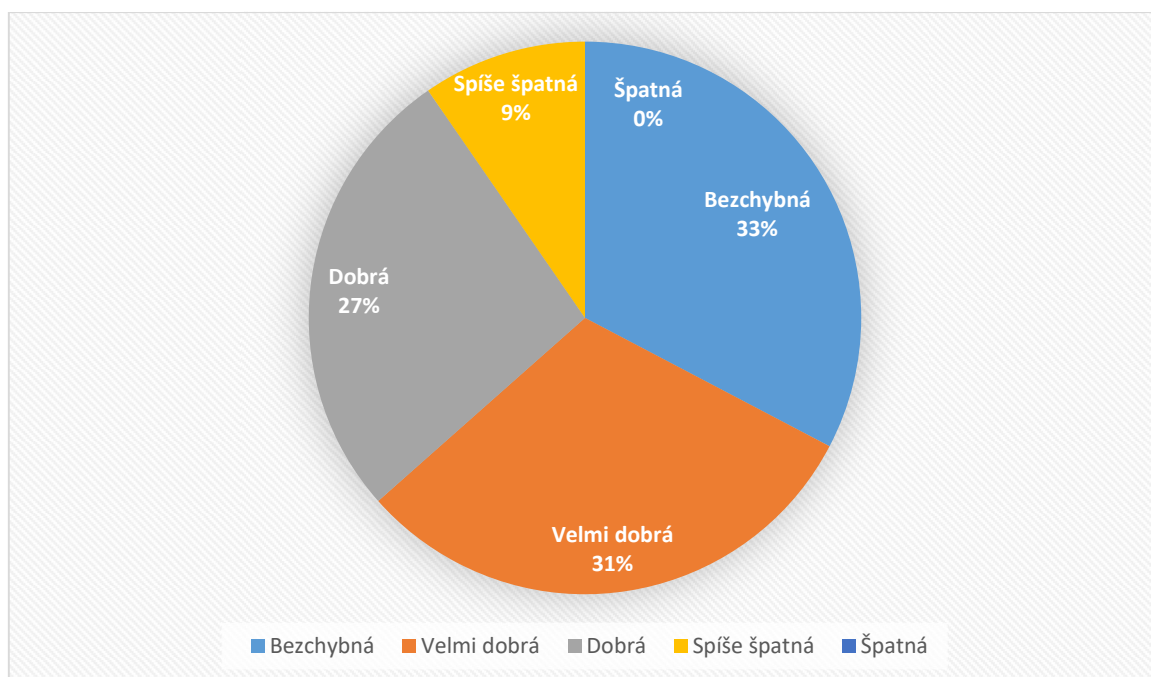
Otázka číslo 6. - Tradice, zvyklosti a pravidla mé víry dodržuji



Obrázek 6 Graf dodržování tradic dle respondentů (zdroj: Vlastní výzkum)

V šesté otázce respondenti odpovídali na otázku, zda dodržují tradice, zvyklosti a pravidla, která vyplývají z jejich víry, nebo filozofického směru. Skoro polovina respondentů, 25 (48 %), odpovědělo že dodržuje vždy. Více než třetina, 19 (37 %), že spíše ano. 7 respondentů (13 %) odpovědělo že tradice, zvyklosti a pravidla spíše nedodržuje. A pouze jeden respondent (2 %) odpověděl že pravidla nedodržuje vůbec.

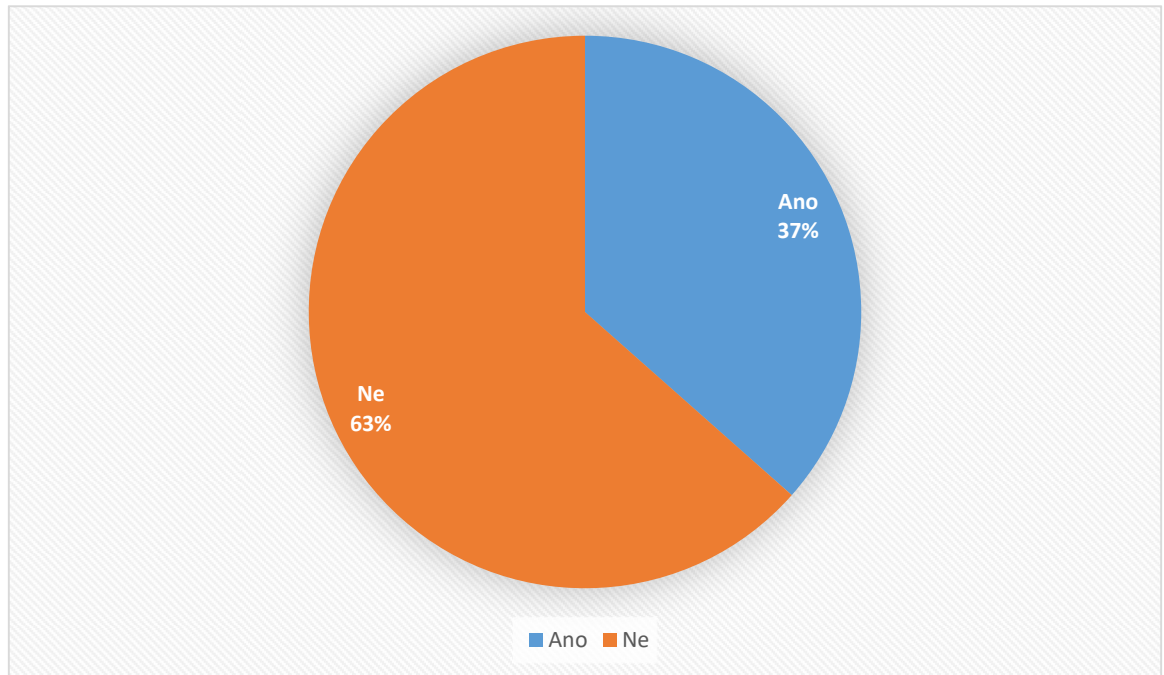
Otázka číslo 7. - Ošetřovatelská péče poskytovaná v tomto zařízení je podle mého názoru?



Obrázek 7 Vnímání oš. péče v daném zařízení (zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce sedmé respondenti odpovídali na otázku, jaká je ošetřovatelská péče v daném zařízení podle jejich názoru. Třetina respondentů, 17 (33 %), odpověděla že je péče bezchybná. Téměř třetina, 16 (31 %), odpověděla že je péče velmi dobrá. 14 (27 %) respondentů odpovědělo že je péče dobrá. 5 (9 %) respondentů že spíše špatná a žádný respondent netvrdil že by byla oš. Péče špatná.

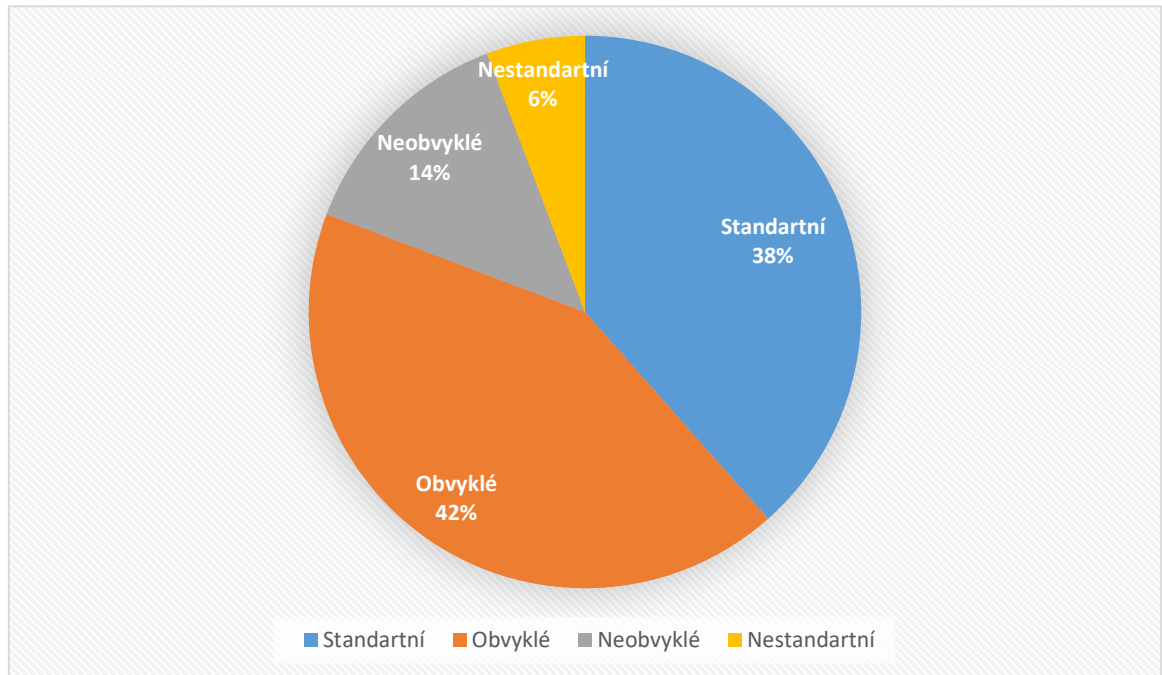
Otázka číslo 8. - Byla vaše víra zohledněna při přijetí do tohoto zdravotnického zařízení?



Obrázek 8 Zohlednění víry při přijetí (zdroj: Vlastní výzkum)

V této otázce byli respondenti dotazováni, zda byla jejich víra, či jejich filozofická přesvědčení zohledněny pro příjmu do daného zdravotnického zařízení. 19 respondentů (37 %) odpovědělo že ano. Ovšem většina 33 (63 %) respondentů odpověděla že ne.

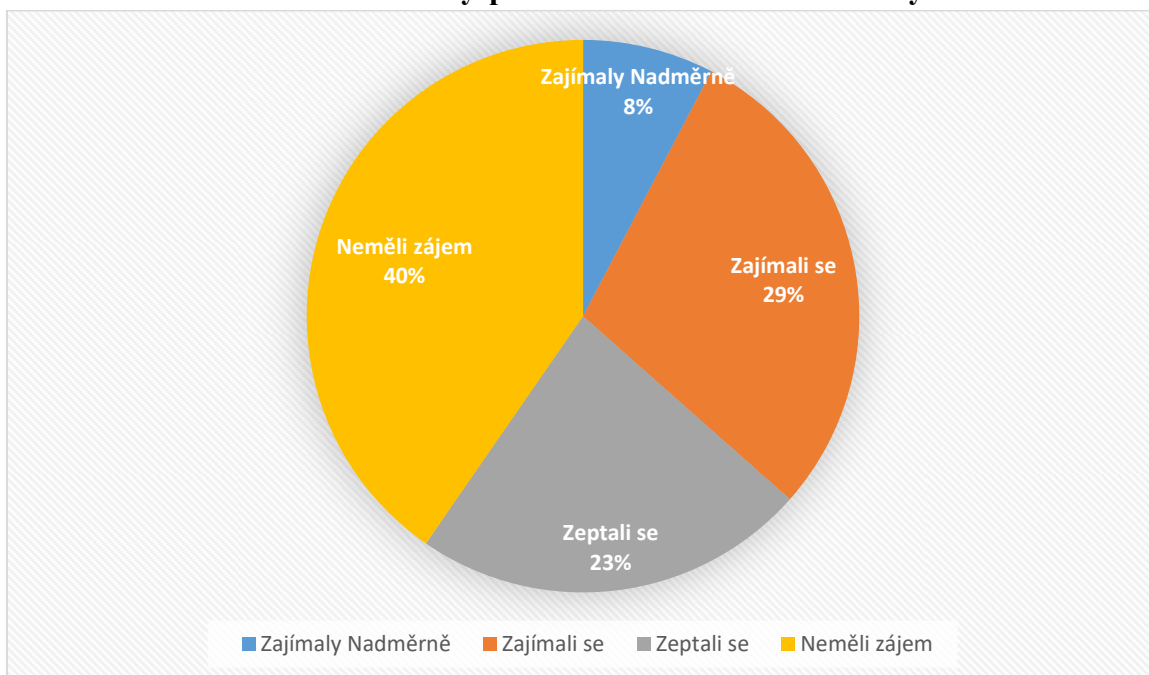
Otázka číslo 9. - Zvláštnosti ošetrovatelské péče u mého vyznání vnímám jako:



Obrázek 9 Vnímání zvláštností péče (zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce číslo 9. respondenti odpovídali na otázku, jak vnímají rozdíly a zvláštnosti (specifika) ošetrovatelské péče které se vykonávají tradičně u klientů daných náboženství či přesvědčení v rozdílu se standardním ošetrovatelským postupem který znají, či vidí. 20 klientů (38 %) odpovědělo že vnímají specifika oš. péče u svého vyznání jako standardní. 42 %)respondentů (22) odpovědělo že vnímají tato specifika jako obvyklá. (Chápejme jako obvykle se vyskytující, ne však standardní). 7 respondentů (14 %) odpovědělo že dle jejich názoru jsou požadavky jejich víry neobvyklé a 3 klienti (6 %) odpověděli že jejich požadavky jsou nestandardní.

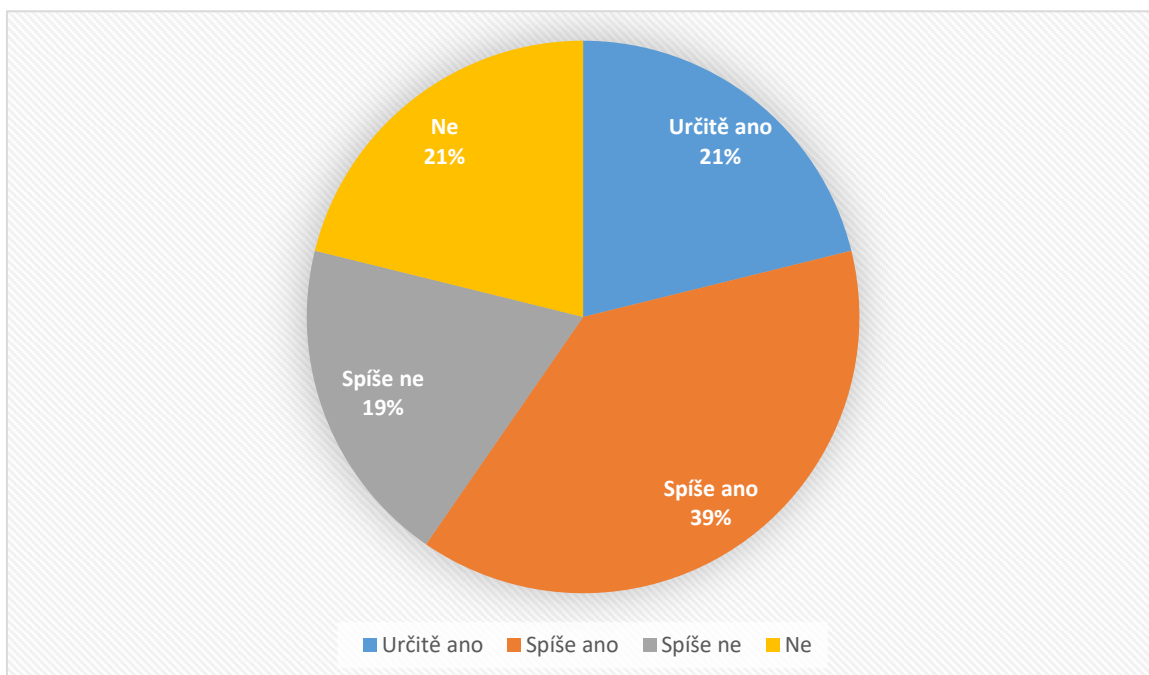
Otázka číslo 10. - Zdravotnický personál zvláštnosti mé víry:



Obrázek 10 Zájem o specifika víry stran personálu (zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka číslo 10. se zabývá přístupem personálu ke klientovým potřebám (specifickým, dle víry či přesvědčení). Pouze 4 (8 %) respondenti odpověděli že se personál zajímal o potřeby spojené s vírou nadměrně. 15 (29 %) respondentů uvedlo že se personál zajímal. 12 (23 %) respondentů uvedlo že se personál zeptal (chápejme jako ojedinělé dotazy na víru klienta). Největší skupinou respondentů byla skupina, která uvedla že personál o specifika víry neměl zájem, jednalo se o 21 respondentů (40 %).

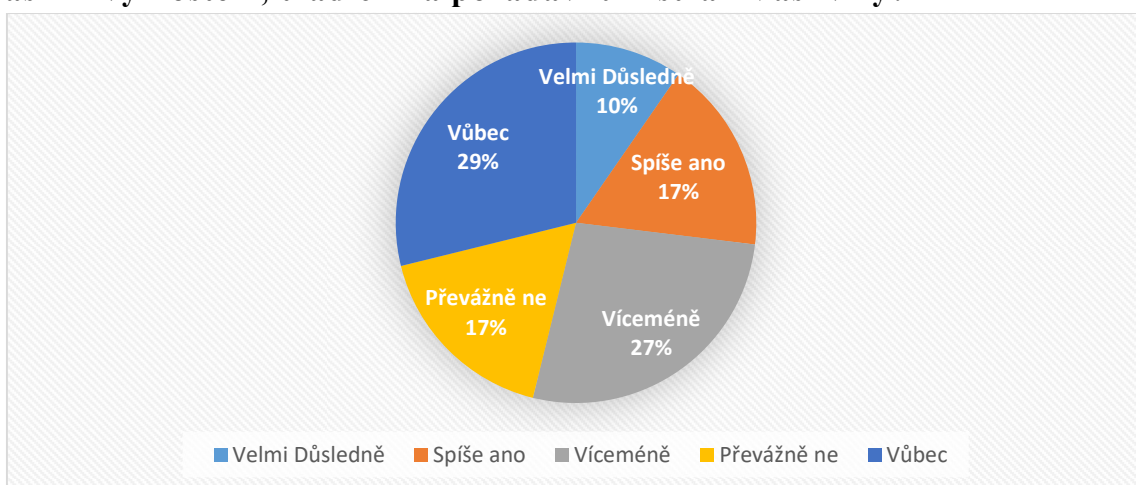
Otázka číslo 11. - Vyžadujete dodržování specifik vašeho vyznání ve zdravotnickém zařízení?



Obrázek 11 Vyžadování specifické oš. péče (zdroj: Vlastní výzkum)

V jedenácté otázce se zabýváme tím, zda klienti vyžadují dodržování specifik a specifických postupů, které jim nakazuje nebo ukládá jejich víra či filozofické přesvědčení. 11 respondentů (21 %) odpovědělo že určitě vyžaduje dodržování výše zmíněných specifik. 20 respondentů (39 %) odpovědělo že spíše ano. 10 respondentů (19 %) že spíše ne a 11 respondentů (21 %) odpovědělo že nevyžaduje dodržování daných specifik.

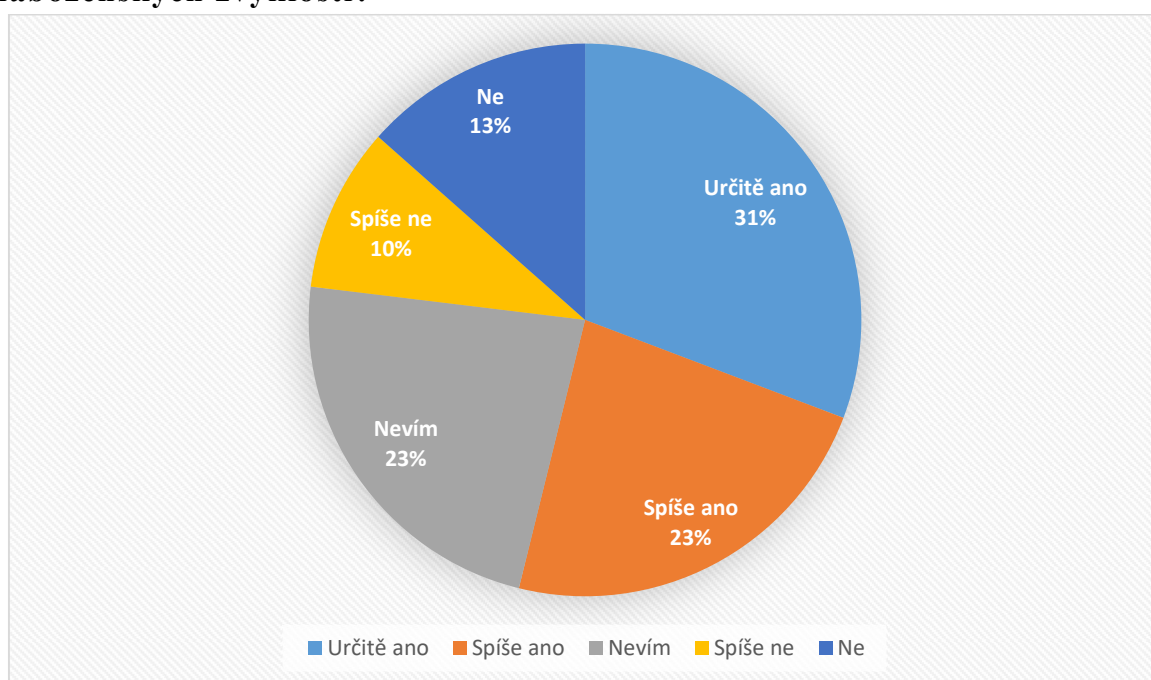
Otázka číslo 12. - Poskytoval vám personál ošetřovatelskou péči odpovídající vašim zvyklostem, tradicím a požadavkům stran Vaší víry?



Obrázek 12 Poskytování specifické oš. péče (zdroj: Vlastní výzkum)

Ve dvanácté otázce se respondentů dotazujeme, zda jim personál specializovanou ošetrovatelskou péči poskytoval, do jaké míry, či nikoli. Pouze 5 respondentů (10 %) odpovědělo že personál specializovanou péči poskytoval velmi důsledně. 9 respondentů (17 %) uvádí že jim specializovaná péče spíše byla poskytována. 14 respondentů (27 %) uvádí že jim byla péče poskytována víceméně (Tuto odpověď chápeme jako vyjádření péče, při které je specifikum dodržováno při připomenutí klientem). 9 respondentů (17 %) odpovědělo že péče převážně poskytována nebyla a 15 respondentů (29 %) udává že nebyla vůbec poskytována kulturně diferenciovaná péče.

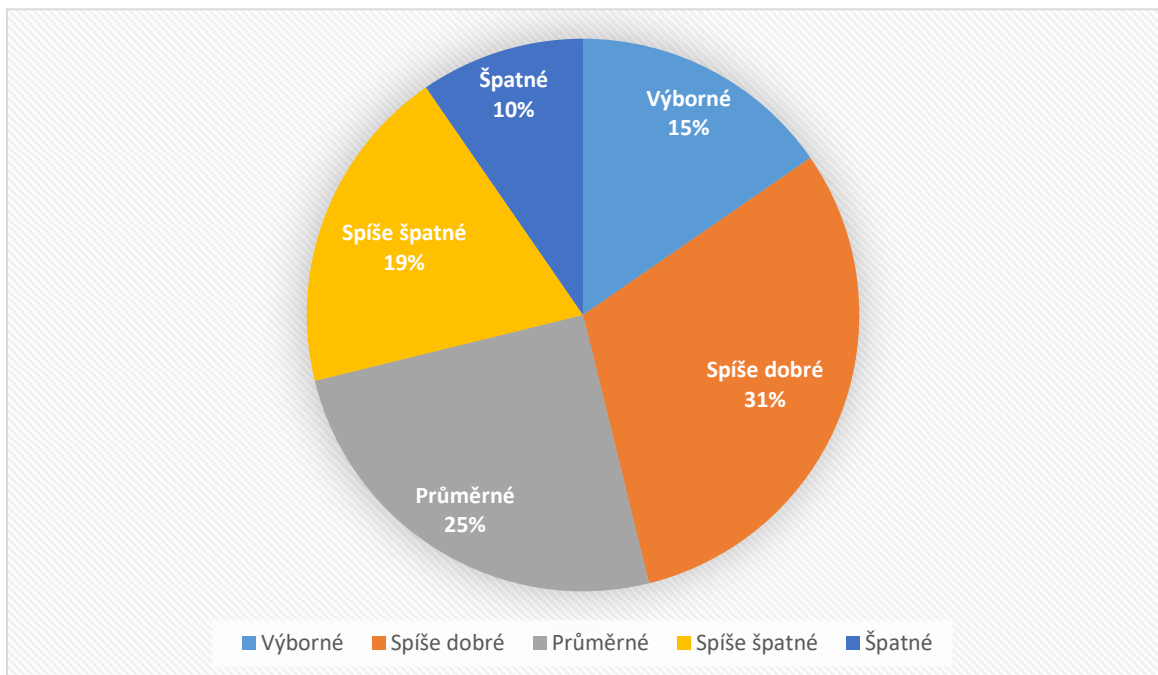
Otázka číslo 13. - Je potřeba ke každému přistupovat jednotlivě podle jeho náboženských zvyklostí?



Obrázek 13 Potřeba individuální péče (zdroj: Vlastní výzkum)

Ve třinácté otázce respondenti odpovídali na otázku, zda je dle jejich názoru důležité přistupovat ke každému jednotlivě, podle náboženských preferencí. (chápejme jako potřebu kulturně diferenciované péče). Téměř třetina respondentů, 16 (31 %) odpovědělo že je to určitě důležité. 12 respondentů (23 %) že spíše ano. 12 respondentů (23 %) nevědělo. 5 respondentů (10 %) uvedlo že je spíše nedůležité provádět kulturně diferenciovanou péči a 7 respondentů (13 %) uvedlo že je nedůležité tuto péči poskytovat.

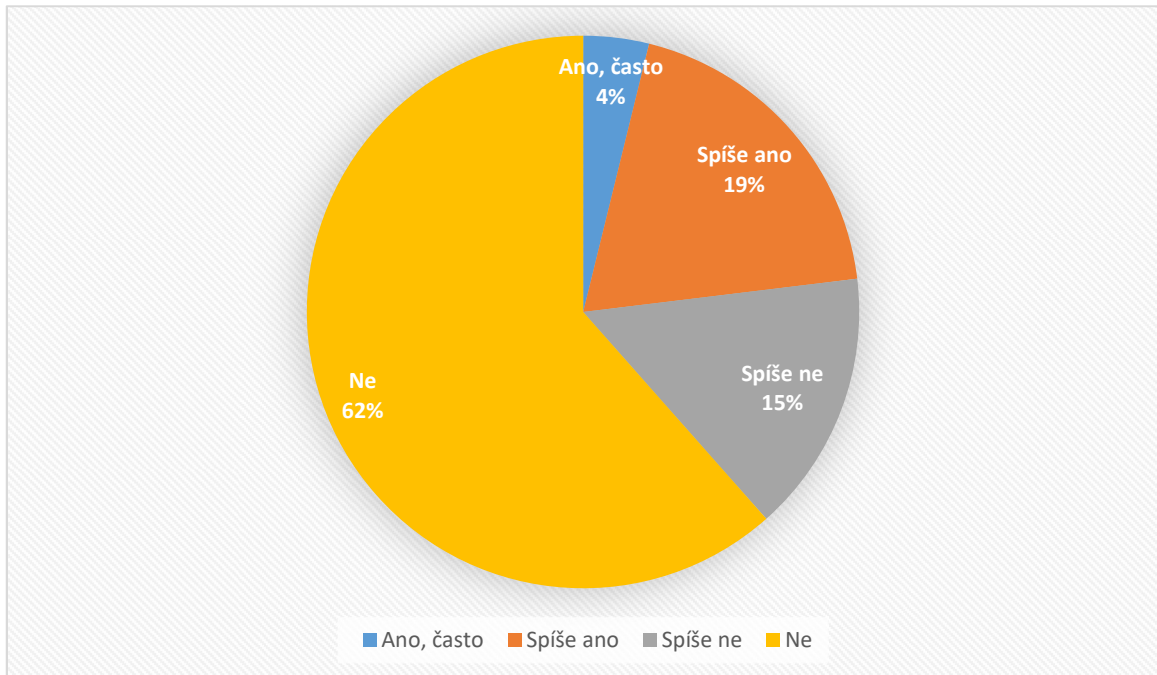
Otázka číslo 14. - Zkušenosti s vnímáním kulturních odlišností mé víry v tomto zdravotnickém zařízení mám:



Obrázek 14 Zkušenosti s vnímáním kulturních odlišností (zdroj: Vlastní výzkum)

V této otázce se respondentů dotazujeme, jaké mají obecně zkušenosti s vnímáním kulturních rozdílů v daném zdravotnickém zařízení. 8 respondentů (15 %) uvedlo že má výborné zkušenosti s vnímáním odlišných kultur v tomto zařízení. 16 respondentů (31 %) uvedlo že má dané zkušenosti spíše dobré. 13 klientů (25 %) má zkušenosti průměrné, 10 respondentů (19 %) spíše špatné a 5 respondentů (10 %) špatné.

Otázka číslo 15. - Zažil/la jste někdy ve zdravotnickém zařízení vůči vám negativní chování z důvodu vaší víry?



Obrázek 15 Průzkum negativních zkušeností (zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce číslo 15. se ptáme, zda respondenti někdy ve zdravotnickém zařízení zažili hostilitu nebo negativní chování z důvodu jejich víry. Drtivá většina respondentů 32 (62 %) nikdy takové chování nezažila. 8 respondentů uvádí že spíše ne, 10 respondentů (19 %) že spíše ano a 2 respondenti (4 %) uvedli že se s hostilním, negativním, či agresivním chováním již v daném zařízení setkali z důvodu jejich víry.

3 DISKUZE

V této části proběhne diskuze nad výzkumnými otázkami a porovnání s pracemi a publikacemi zkoumajícími podobná témata. Zmíněny jsou pouze práce a publikace řešící podobná témata, z důvodu nedostatečného množství možných zdrojů. Prací zabývajících se tímto či podobným tématem je malé množství, zároveň všechny práce, se kterými jsme se setkali zkoumají pohled, postoje, názory či vědomosti sester a jiných NLP, na rozdíl od této práce, kde hodnotíme a zkoumáme pocity a názory klientů. Proto je pro nás velkým problémem nalézt srovnatelná kritéria v pracích podobného zaměření. Museli jsme tedy využít i zdrojů zahraničních, které hledí na problematiku ošetřování námi vybraných minorit z jiného pohledu, ať již kulturního či náboženského. Proto jsme další vyhledávání zahraničních prací omezili na publikace vycházející z kultury západního světa, která je nám historicky, kulturně i nábožensky nejbližší.

1. Výzkumná otázka – Je pro ošetřované klienty víra důležitou součástí života?

Pro tuto otázku byly v dotazníku (příloha A) vyhrazeny otázky číslo 5. a 6. Na přímou otázku, zda je pro klienty víra důležitou součástí života téměř polovina respondentů odpověděla, že je velmi důležitá, třetina respondentů že je důležitá. Zhruba 20 % že spíše nedůležitá a minimální procento že nedůležitá. Tato tvrzení se projevila jako validní díky otázce číslo 6. ve které se klientů dotazujeme na to, jak dodržují tradice, zvyklosti a pravidla jejich víry či filozofického směru. V této otázce odpovědi procentuálně korespondovaly s otázkou číslo 5. Tedy téměř polovina odpověděla že dodržuje pravidla a nařízení velmi důsledně. Zhruba třetina že spíše ano, pětina uchazečů že spíše ne a mizivé procento opět že nikoli. Dle našeho názoru je možné dle podobných výsledků otázek 5 a 6 usoudit že odpovědi z páté otázky jsou validní. Ve výzkumu Mgr. Lucie Rolantové (2012) vidíme podobné výsledky, uvádí zde že pro muslimy i buddhisty je víra důležitou složkou života, popisuje že respondenti dodržují předpisy, nařízení a pravidla důsledně, a to i v nemocničním zařízení i přes možnost tato nařízení omezit. Je ovšem nutno říci že Rolantová (2012) zkoumá respondenty z řad muslimů, buddhistů a pravoslavné církve. A že ke zpracování je použit kvalitativní výzkum formou rozhovorů s respondenty, byl použit záměrný výběr respondentů, kteří jsou pevně věřící, a proto je výsledky, ač jsou korespondující s našimi, brát s rezervou. Přesto lze najít schodu v obou výzkumech. Náš výzkum, ač kvantitativní byl velmi náročný na získávání respondentů, natož jejich dostatečného počtu, proto ve většině případů docházelo k reálnému vyplňování dotazníku přímo v přítomnosti mé osoby u klienta. Důvodem tomu byla potřeba aktivně vyhledávat respondenty ve zdravotnickém zařízení i mimo ně vyhledávat klienty,

kteří vyhovovali daným kritériím. Díky tomu došlo u většiny respondentů nejen k vyplnění dotazníku ale logicky i ke krátkému rozhovoru vztahovanému na téma víry, míry víry v boha, chování ošetřujícího personálu, podmínky v nemocničním zařízení, formě a problematice stravování a dalším. Z mé osoby je proto možné usoudit podobnost s výzkumem Rolantové (2012) a vzájemnou porovnatelnost výsledků, i když pouze do určité míry. Ve výzkumu Maškové (2013) z Univerzity Palackého se dozvídáme, že pro většinu židů (primární zkoumaná skupina v práci) je víra neoddělitelnou složkou každodenního života, o to více potom při období nemoci, kdy je víra přímo úměrná stavu nemocného. Mašková (2012) popisuje tuto provázanost na příkladu kdy žid neonemocní, pokud pevně věří a je přesvědčen o čistotě víry. Jak je psáno v bibli, kde je bůh lékařem. „*On jest lékařem, jenž je vyléčí, pokud budou věřit.*“ (Rosner, 2002, s. 598–599) Předpokládáme tedy že důležitost víry je u klienta židovského vyznání nacházejícího se ve zdravotnickém zařízení značná. Dle výzkumu Chaplina (2009) docházíme k podobnému závěru. Chaplin se zmiňuje že dle tóry je dokonce náboženskou povinností se léčit. Z čehož opět vyplívá důležitost víry u exponovaných pacientů. Chaplinova práce se zaměřuje na dvě námi zkoumané víry (židy a muslimy) které porovnává s náboženstvím křesťanským a s ateisty, jelikož poslední dvě zmíněné skupiny považujeme za náš standartní vzorek, považujeme práci za validní zdroj. Chaplin (2009) uvádí podobné výsledky i u náboženství islámu. V tomto odvětví je lékařská a ošetrovatelská intervence stejně nutná a důležitá jako u vyznání židovského. Čoudková (2007) popisuje klienta buddhistického vyznání (filozofie) a poukazuje na fakt, že klient vyznávající buddhistickou filozofii je zaměřen na potřeby spirituální v mnohem vyšší formě než předchozí zmíněná náboženství. Buddha dle ní totiž věří v tisíce druhů onemocnění postihujících čtyři složky těla a duše (čtyři tantry) v podstatě neustále. Věří, že člověk je stále nemocný a jediným způsobem nastolení rovnováhy je harmonie těchto složek dosažená soustavnou meditací a uvolněním. Podobné výzkumy nám tedy potvrdili naše výsledky týkající se důležitosti víry u daných skupin.

2. Výzkumná otázka – Jakým způsobem vnímají ošetřovaní klienti ošetrovatelskou péči v daném zařízení?

Pro tuto otázku byly v dotazníku vyhrazeny otázky 7.,8.,9. a 10., ve kterých se respondentů dotazujeme na otázky spojené s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Většina respondentů v sedmé otázce uvádí že ošetrovatelská péče, myšleno obecně, je v daném krajském zdravotnickém zařízení bezchybná, velmi dobrá či dobrá. Pouze minimální počet dotazovaných uvádí že byla či je péče špatná či spíše špatná. Což je překvapivé vzhledem k výsledkům otázek 8.,10.,12 a 14. kde klienti neuvádějí pozitivní hodnocení v takové míře jako u nynější otázky.

V již zmíněné otázce číslo 8. odpovídali respondenti na otázku, zda byla víra zohledněna při příjmu do zdravotnického zařízení což se opět setkala s nadpoloviční negativní reakcí, kde většina respondentů uvádí, že se jich na víru při přijetí nikdo nezeptal. Toto tvrzení odpovídá vlastním zkušenostem, při kterých nám bylo mnohokrát sděleno, že při příjmu na oddělení či při vyšetření na ambulanci nebyl brán nejmenší zřetel na stud či náboženské restriktce, bez prvotního dotazu samozřejmě. Někteří klienti hovořili o vlastní snaze vysvětlit neochotu například svléknout se při vizitě či vyšetření na ambulanci, načež jim bylo v mnoha případech odpovězeno větou: „Jste v nemocnici a takto to tu prostě chodí.“. Je zřejmé, že takový přístup není vhodný pouze z hlediska holistického ošetřovatelství. Rolantová (2012) uvádí podobné zkušenosti. Respondenti v práci Rolantové opakovaně mluví o nevybíravém chování ze strany zdravotníků, někdy i s prvky rasismu či diskriminace. Nutno podotknout že tyto výsledky byly u Rolantové uvedeny v oddílu výzkumu B, který se zabýval respondenty muslimy. Všeobecné mínění o muslimech v české republice je silně poškozeno a ovlivněno médii, ve kterých jsou často muslimové přímo či nepřímo uměle očerňováni, toto tvrzení je uvedeno v rozhovoru s muslimskou ženou v práci Rolantové (2012) oddílu B kvalitativního výzkumu. Otázky devět a deset se zabývají vnímáním zvláštností ošetřovatelské péče dle klienta a následně dle klientova hodnocení zájmu personálu. V otázce devět drtivá většina respondentů uvádí že specifika ošetřovatelské péče u svého náboženství či filozofického směru považují za standartní nebo obvyklé, z čehož lze usuzovat že respondenti nemají pocit že by péče právě o jejich konkrétní vyznání (Židé, muslimové, buddhisté) byla natolik odlišná od běžných standartu ošetřování, či od zažitých postupů vycházejících z naší kultury a tradic. Samozřejmě, pokud na problematiku nahlédneme objektivně pak je zřejmé že změny v mentalitě, zvycích, postojích, stravování, hygieně, spiritualitě a dalších jsou přítomny. V práci Rolantové (2012) respondenti mluví o jisté svépomoci ve zdravotnickém zařízení, kdy i přes neposkytování kulturně diferenciované péče pacienti aktivně péči nevyžadují, sami uskutečňují specifické úkony ukládané jejich vírou či přesvědčením. Otázka deset se potom zabývá pohledem klienta na zájem personálu. Více než polovina klientů uvádí že personál měl o specifika péče a klientovu víru zájem nadměrně, zajímali se, nebo se alespoň zeptali. Ovšem více než třetina klientů uvádí nezájem personálu se vůbec o specifikách dozvědět. Podobná otázka se vyskytuje v práci Dukové (2013, s.194) – „*Zohledňování specifických potřeb klientů odlišné kultury*“. Kde 100 % procent klientů, nutno dodat že pouze klientů z řad vyznavačů náboženství židovského, uvedlo nezájem při zohledňování specifických potřeb. Stejně tak Rolantová (2012) uvádí nezájem zdravotníků, posměch, zaslechnutí nedůstojných a zesměšňujících řečí personálu, a to ve dvou skupinách respondentů, u muslimů i buddhistů.

Je opět složité uvádět rozšířené spektrum zdrojů zabývajících se touto problematikou z důvodů výše zmíněných a z důvodu neshody zkoumaných zařízení. V práci Svobody (2014) se dočítáme že jedním z hlavních opomíjených aspektů při plnohodnotné Transkulturní péči je komunikace, která je bohužel často kamenem úrazu nejen při ošetřování minorit a specifických skupin. Touto problematikou se hlouběji zabývá Kubišová (2011), která zkoumá převážně specifika v dokumentaci při ošetřování minorit, ve své práci klade důraz na správně prováděnou komunikaci s příslušníkem minorit, na vedení rozhovoru. Uvádí model Gigerové a Davidhizarové jako oporu pro komunikaci, dokumentaci a ošetřování klienta jenž je součástí vybrané minority.

3. Výzkumná otázka číslo 3. - Je ošetřovaným klientům poskytována péče, která odpovídá a vyhovuje jejich zvyklostem a specifikům daného náboženství, vyžadují ji?

Tato výzkumná otázka byla částečně nastíněna otázkou předchozí, nicméně dále jí rozvíjejí data získané dotazníkem v otázkách 11,12 a 13 V jedenácté otázce klienti odpovídají, zda ve zdravotnickém zařízení vyžadují kulturně diferenciovanou péči, jinak řečeno, zda vyžadují dodržování svých tradic a zvyků. Respondenti v nadpoloviční většině odpověděli že dodržování specifických tradic a úkonů vyžadují ve zdravotnickém zařízení určitě, či spíše ano. Necelá polovina uvádí že spíše ne či ne. Což je pochopitelné. V žádném z popisových náboženství či filozofií není pro nemocné povinností dodržovat jakékoli nařízení, pokud to ohrozí či zhorší jejich zdravotní stav. Je proto pochopitelné že řada respondentů není natolik pevně věřící (viz. Otázky 5. a 6.), aby specifika své víry vyžadovala. Naproti tomu je také pochopitelné a oprávněné daná a popsaná specifika vyžadovat, či sám, sama praktikovat (Mauk, 2004). V nemocničním prostředí je jistě bezpochyby často složité prosadit individualitu jedince, často z validních medicínských důvodů (klid na lůžku, specifická dieta, podávání medikace), v rámci holistické, kulturně diferenciované péče je ovšem naší povinností provést všechny možné intervence, které povedou ke spokojenosti pacienta, tako péče je jistě o kompromisu a nalezení „zlaté střední cesty“ ovšem přes zažitě stereotypy je často těžké učinit v této oblasti jakýkoli krok vpřed přes komunikační bariéru v interakcích sestra – pacient (pacient – personál). Komunikační bariéry v této sféře jsou zvlášť znatelné v multikulturně citlivé péči dle Špirudové (Multikulturní ošetřovatelství II., 2006). Na to navazuje otázka dvanáctá, dotazující se klienta, zda mu daná vyžadovaná, kulturně diferenciovaná péče byla poskytována. Pouze necelá třetina respondentů odpovídá, že byla poskytována důsledně či spíše ano. Necelá třetina uvádí že „víceméně“. A téměř polovina že

spíše ne, či vůbec. Z těchto výsledků jasně vidíme, jak je péče poskytována respondentům. Výsledky korespondují s předchozí otázkou. Změnou je ovšem možnost víceméně, u které mají respondenti v dotazníku vyznačen popis, že se jedná o možnost, kterou by měli volit, pokud personál péči poskytuje, ovšem velmi fádně, nebo nahodile či neorganizovaně. Z čehož vyplývá celková nedostatečnost poskytované péče. Třináctá otázka předchozí otázky doplňuje. Dotazuje se respondentů, zda je podle jejich názoru důležité péči individualizovat. Dle našich předpokladů, více než polovina respondentů tvrdí, že je nutné, či spíše nutné tuto péči poskytovat. Čtvrtina respondentů neví a téměř čtvrtina respondentů říká že není nebo spíše není nutné péči individualizovat. Což je překvapivý výsledek, se kterým jsme se doposud v žádné práci ani knize nesetkali, jedná se samozřejmě o osobní názory respondentů, je ovšem pozoruhodné že si nezanedbatelné procento myslí že je lepší péči neindividualizovat. Tuto studii bych proto rád rozšířil během dalšího studia, abychom zjistili, zda za podobnými postoji stojí pouze osobní přesvědčení, nedostatek informací, či jiné faktory. Do hodnocení poskytování péče jsem zařadil i studii dokumentace daného zařízení. Ošetrovatelské standarty daného krajského zařízení zahrnují postupy pro nakládání s pacientem odlišné víry a snaží se nastínit nejlepší možný postup celistvé péče, která je ovšem ve finále podřízena strukturálně starším normám, jako jsou domácí řád, povinnosti pacientů, dietní a pohybové režimy, nařízení týkající se oděvu pacienta a podobně. Dále se nabízí příjmová a ošetrovatelská dokumentace jako logický základ pro kulturně diferenciovanou péči (Kubišová, 2011). V těchto dokumentacích se nenachází předtíštěná otázka na víru, ani schéma pro řešení pacientovi spirituality či duchovní stránky. Obě standardizované dokumentace obsahují volné pole pro individuální vypsání informací o pacientovi, které jsou získány při příjmu do zařízení či během péče o klienta. Otázkou ovšem je, jak jsou tato pole využívána, přihlédneme-li k výsledkům této práce. Dílčím cílem práce bylo zjistit, zda jsou exponované skupiny schopny akceptovat naši formu ošetřování. Tento dílčí cíl byl zvolen záměrně proto, že v přetrvávající, často hostilní náladě personálu nezůstává bohužel prostor pro kvalitní Transkulturní péči a klienti jsou často nuceni, nebo lépe řečeno nezbyde jim nic jiného, než se podřít formě ošetření, která je jim poskytována. A přesto že tento způsob péče ani přístupu není správný, bohužel se vyskytuje, proto je důležité vědět, jak klienti reagují na standartní ošetrovatelský systém bez známek trans kulturní péče (Andrews, 2008)? Čímž se vracíme k otázce sedmé, která nám ukázala, že drtivá většina klientů považuje péči v daném krajském zdravotnickém zařízení za dobrou až bezchybnou. Přesto že uvádějí, že kulturně zaměřená péče jim často poskytována nebyla a přes výsledky podobných prací je zřejmé že pokud hodnotili ošetrovatelskou péči v tomto

zařízení klienti obecně a povšechně, byli ve většině případů spokojeni, z čehož lze usuzovat, že klienti odlišných kultur v této práci exponovaní jsou schopni akceptovat ošetrovatelskou péči dle obecně zažitých kulturních standartů v české republice. V období nemoci, stejně jakožto v každém jiném období, kdy je lidská psychika oslabena vnitřními i vnějšími vlivy je klient snadněji ovlivnitelný, často se podřídí autoritě, kterou ošetrující personál často vnáší do prostředí svým jednáním. Tímto jednáním je silně ovlivněna důvěra pacienta, přístup k léčbě a ke zdravotnickému personálu. Jde tedy o negativní či pozitivní ovlivňování vztahu pacient-sestra, ale i vztahu pacient-pacient, pacient-rodina. Holisticky zaměřený přístup je proto jediným správným způsobem při přístupu ke kulturně citlivému klientovi (Leininger, 2002).

4. Výzkumná otázka číslo 4. - Setkali se někdy klienti s negativním přístupem v daném zdravotnickém zařízení ze strany personálu kvůli jejich víře, jak vnímají klienti přístup okolí?

Tato otázka byla v dotazníku zastoupena dvěma posledními otázkami, dle našeho názoru se jedná o jedno z palčivějších témat, a to je diskriminativní chování ze strany personálu v některých případech až hraničící s rasismem. V otázce číslo 14. klienti popisují své obecné zkušenosti s vnímáním kulturních odlišností přímo u jejich víry v daném zdravotnickém zařízení. Necelá polovina respondentů uvedla, že jejich zkušenosti jsou výborné nebo spíše dobré. Čtvrtina respondentů uvedla, že jejich zkušenosti jsou průměrné a více než čtvrtina že jsou spíše špatné, či špatné. Čtvrtina respondentů je jistě nezanedbatelný počet. A přes relativně kladné odezvy vyplývající z průzkumu je stále nutné se zamyslet nad přístupem zdravotníků ke kulturně či rasově odlišným skupinám. Stejně jako ve školních lavicích se často nejedná o šikanu fyzickou nýbrž psychickou, v nemocničních zařízeních se setkáváme s přímým i nepřímým způsobem diskriminace a zesměšňování kulturně odlišných skupin. Rolantová (2012) ve své práci uvádí případ vyznavatele buddhismu který v poklidu meditoval v nemocničním pokoji, když vešla zdravotní sestra, omluvila se za vyrušení a opět klidně odešla, ovšem hned za dveřmi pacient slyšel, jak se vzniklé situaci nahlas směje a vypráví zážitek kolegyni. Jedná se v takovém případě pouze o neprofesionální chování, nebo takové chování hraničí s aktivní devalvací pacienta? Rolantová (2012) dále popisuje zkušenosti muslimů ze zdravotnických zařízení kdy se setkali ať již přímo s diskriminací, nebo s opovržlivým chováním. Vede k takovému chování zdravotníky společnost, výchova, média? Nebo se jedná o nedostatek informací? Jsou sestry dostatečně vzdělané, nebo proškolené v psychologii, etice, principech multikulturního ošetrovatelství? Otázka číslo 15. se zabývala přímou zkušeností s negativním chováním personálu z důvodu víry. Více než polovina uchazečů výzkumu uvedla že se s takovým chováním nesešla. Šestina pacientů uvádí že

spíše nesetkala. Necelá pětina že spíše ano a dva respondenti že často. Opět je v tomto případě pozitivním jevem, že většina klientů se s tímto chováním nesetkává, nebo nesetkalo, což je opět jev, který jsem prozatím v jiných pracích a publikacích neobjevil, ovšem znovu se jedná o menšinu klientů, která toto chování bohužel zažila. V článku pro The Sage Journals, Jormsri (2005) popisuje nezastupitelnou roli morální síly ve přístupu ke klientům, a to jakéhokoli vyznání či filozofie. Předně je povinností každého pečovatele jednat co možná nejvíce v zájmu klienta, být jeho advokátem, ochráncem, přítelem. Jistě do míry, která je přípustná morálními standarty, nařízeními zařízení a primárně osobou klienta. Problémy v komunikaci, ze kterých vzniká hostilita v úrovni sestra-klient: klient-sestra, které vznikají medializací, stereotypickým přístupem či z důvodů komunikačních rozebírá ve své práci Tichá (2005). Rozborem této problematiky ukazuje hlavní úskalí péče o menšinové skupiny, při jejichž ošetřování může často docházet k předpojatosti nebo dokonce až hostilitě ze strany oš. personálu. Jak ze zkoumaných aspektů, tak z výzkumů podobných je zřejmé že spirituálně, kulturně a celkově holisticky zaměřená péče je nejen pro klienta, ale i pro ošetřující tým dlouhodobým přínosem a zároveň prevencí případné předčasné předpojatosti a hostility, ať ve směru oš. personál – pacient, či opačně (Cash, 2004).

4 ZÁVĚR

Tato práce se zabývala specifiky ošetřování vybraných náboženských a filozofických skupin. Židů, muslimů a buddhistů. Úkolem teoretické části bylo utvořit pro čtenáře ucelený přehled zkoumaných náboženství, jejich zvláštností, tradic a obyčejů, pomoci čtenáři nahlédnout do problematiky trans kulturního ošetřovatelství ve stručné formě. Na začátku práce byly vytyčeny cíle, které se zaměřují na zmíněné popsání kultur, dále na výzkum ve zdravotnickém zařízení, který nám přinesl náhled do nastíněné problematiky multikulturního ošetřovatelství přímo očima vytyčených skupin. Dále bylo naším úkolem vytvoření informačního letáku, který by umožnil náhled do problematiky širší veřejnosti, hlavně potom personálu zdravotnických zařízení, kam budeme letáky distribuovat. Dílčími cíli bylo zjistit, zda má zařízení, na jehož půdě byl výzkum proveden, vytvořené postupy pro trans kulturní péči a analyzovat jejich dokumentaci pro zjištění, zda se otázka trans kulturního ošetřovatelství v praxi řeší či nikoli. Nadále bylo dílčím cílem zjistit, zda jsou přes svá specifika a tradice zástupci zkoumaných skupin schopni akceptovat naši formu ošetřování a do jaké míry. Cílů se nám podařilo dosáhnout. Výzkum pro mě byl zajímavý z několika důvodů, téma jako takové je dle mého názoru poměrně neobvyklé, stejně jako skladba zkoumaných vyznání a směrů. Již delší dobu jsem se chtěl o daných vyznáních a směrech dozvědět více a práce mi k tomu byla tím nejlepším způsobem. O islámu jsem se chtěl učit zejména z důvodu nedávných politických a válečných situací, média popisují muslimy dle mého názoru s natolik rasově zbarveným náhledem, že mě tato forma lákala naučit se o jejich kultuře co nejvíce sám a částečně ji i poznat. Náboženství Židovské mi je blízké z rodinných důvodů, část mé rodiny jsou židé, čtyři členové naší rodiny byli během první republiky a druhé světové války členy židovské obce, dva z nich zároveň členy odboje, historii a historky k rodině se vážící jsem samozřejmě znal, ale židovská kultura, zvyky a tradice mi byly dosud neznámé. Zároveň mi výzkum poskytl čas a prostor pro seznámení se s židovskou historií v mém rodném městě i v městě kde žiji, za což jsem velmi laskav. A v poslední řadě filozofický směr buddhismu je mi blízký svou nenásilnou a mírumilovnou mentalitou, tato filozofie mi v mnoha myšlenkách imponuje, avšak jako laik jsem neměl mnoho možností se s ní setkat.

Otázka multikulturního ošetřovatelství je mnohem širší problematika, než jakou ve své práci zpracovávám já. Práce mi pomohla do ní nahlédnout a rozšířit si náhled na pacienta jako celistvou bytost. Můj nízký počet respondentů, rozsah práce i její obsah jistě nejsou

reprezentativním statistickým vzorkem, ovšem dle mého názoru poskytuje práce pohled očima klienta, s čímž jsem se často nesetkal.

5 POUŽITÁ LITERATURA

Monografie:

1. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X
2. DE VRIES, Simon. *Židovské obřady a symboly*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2009, 304 s., ISBN 978-80-7021-963-8
3. MILTNER, Vladimír. *Vznik a vývoj Buddhismu*. 1. Praha: Vyšehrad, spol., 2001. 376 s. ISBN 80-7021-410-4.
4. ŇÁNASATTA. *Základy buddhismu: [buddhismus jako filosofie 20. století]*. Přeložil Dušan ZBAVITEL. Praha: Alternativa, 1996. 217 s. ISBN 80-85993-16-3.
5. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 160 s. ISBN 80-247-1212-1.
6. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
7. ČERNÁ, E. a M. HLAVÁČOVÁ. *Zvyky muslimů. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, (1) s. 192-194. ISSN 1801-1349
8. *Islám: náboženství, historie a budoucnost*. Přeložil Richard JANDA. Brno: Jota, 2010. ISBN 978-80-7217-628-1.
9. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II: komunikace-etika-člověk, jeho motivace a potřeby-paliativní péče-trans kulturní ošetrovatelství-výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
10. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. 464s. ISBN 978-80-247-5412-3.
11. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
12. RYŠLINKOVÁ, M.: *Česká sestra v arabském světě, Multikulturní ošetrovatelství v praxi*. 1. Praha: Grada, 2009. 123s. ISBN 978-80-247-2856-8
13. KŘIKAVOVÁ, Adéla. *Islám: ideál a skutečnost*. 2., rozš., a aktualiz. vyd., Praha: Baset, 2002. 302 s. ISBN 80-86223-71-x.
14. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 75 s. ISBN 80-7042-339-0

15. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
16. BLAŽEK, J., HOLUBOVÁ, M. *Sidur Adir ba-marom – modlitební kniha pro všední dny, šabat a svátky*. Praha: Bergman, 2009. 774 s. ISBN 978-80-904207-1-7
17. *Bible: překlad 21. století*. Praha: Biblion, 2009. 1564 s. ISBN 978-80-87282-28-1
18. *Korán*. Přeložil Ivan HRBEK. Praha: Československý spisovatel, 2012. 640s. ISBN 978-80-7459-080-1.
19. BAUMANN, Arnulf H. *Co by měl každý vědět o židovství*. Praha: Kalich, 2000. 199 s. ISBN 80-7017-205-3.
20. HAMMUDAH, A *Zaostřeno na islám*. 2. přeprac. a opr. vyd. Přeložil Bob Hýsek. V Praze: Ústředí muslimských obcí, 2010. s. 203 ISBN 978-80-904373-6-4
21. MAUK, Kristen L. a Nola A. SCHMIDT. *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams, c2004, 52 s. ISBN 978-0781740968.
22. ANDREWS, Margaret M. a Joyceen S. BOYLE. *Transcultural concepts in nursing care*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2008. ISBN 978-0781790376.
23. LEININGER, Madeleine M. a Marilyn R. MCFARLAND. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, c2002. ISBN 00-713-5397-6.

Odborné Články:

24. RALBOVSKÁ, Rebeka. *Aspekty judaismu v ošetrovatelství*. Florence. 2009, 5(1), 35-37.
25. JORMSRI, Pantip. Moral Competence in Nursing Practice. *Sage Journals*. Thajsko, 2005, 6(12), 12. DOI: <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>.
26. CASH, Keith a Linda ROSS. *Meaning of spirituality: implications for nursing practice*. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, 13(8), 934-941. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x. ISSN 0962-1067. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-272.2004.01006.x>

Kvalifikační práce:

27. ROLANTOVÁ, Lucie. *Respektování zvyklostí a rituálů při ošetřování minorit* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2017-06-10]. Available from: <<http://theses.cz/id/zurzqx/>>. Doctoral theses, Dissertations. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies. .
28. DUKOVÁ, Ivana. *Porovnání rozdílů při ošetřování hospitalizovaných židovských klientů, reflexe této činnosti v práci zdravotnických pracovníků*. Bratislava, 2013. Rigorózní. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií. Vedoucí práce PhDr. Ivanka Kohoutová Ph.D.
29. CHAPLIN, Dawn Allison. *A study of bereavement in the abrahamic faiths*. Birmingham, 2009, 410 s. Diplomová. The University of Birmingham.
30. TICHÁ, Kateřina. *Problematika komunikace mezi pacientem a sestrou patřící k menšinové společnosti*. České Budějovice, 2005, 114 s. Vedoucí práce Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.
31. MAŠKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče u klienta jiného etnika, kultury – Židé*. Olomouc, 2013, 35 s. Bakalářská. Univerzita Palackého. Vedoucí práce PhDr. Lenka Machálková, Ph.D. Olomouc.
32. SVOBODA, Vítek. *Transkulturní komunikace v ošetrovatelské péči zaměřená na specifika muslimské minority*. Olomouc, 2014, 41 s. Bakalářská. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Mgr. Marinella Danosová, DiS. Olomouc.
33. KUBIŠOVÁ, Pavla. *Specifika ošetrovatelské dokumentace při poskytování ošetrovatelské péče pacientům cizincům*. České Budějovice, 2011, 113 s. Diplomová. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Dita Nováková.
34. ČOUDKOVÁ, Lenka. *Vyznavač buddhismu na ošetrovací jednotce*. České Budějovice, 2007, 134 s. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
35. DO THI, THUY. *Efektivní ošetrovatelská péče o vietnamskou minoritu*. Plzeň, 2015, 74 s. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Miroslava Langmajerová.

Online:

36. *Obyvatelstvo podle krajů a podle náboženské víry*. <https://www.czso.cz/>: Český Statistický Úřad [online]. Praha, 2011 [cit. 2017-06-11]. Dostupné z:

[https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/1702201404.pdf/a626c8ab-f39f-48e0-
adf3-03da8cc4da79?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/1702201404.pdf/a626c8ab-f39f-48e0-adf3-03da8cc4da79?version=1.0)

37. *Jewish Practices & Rituals: Gemilut Hasadim*. Wwww.jewishvirtuallibrary.org [online]. Izrael: American-Israeli Cooperative Enterprise, c1998-2017 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: www.jewishvirtuallibrary.org/gemilut-hasadim
38. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Kateřina IVANOVÁ, Renata HALMO, Danuška TOMANOVÁ a Jindra BURSOVÁ. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: Transkulturní péče v praxi* [online]. Olomouc, 2004 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: www.metaops.cz/sites/default/files/pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf
39. ŠÍŠKA, Jakub *Specifika tibetského buddhismu a jeho podoba v západním "podání"*. Wwww.rozhlas.cz [online]. ČR, 2012 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: www.rozhlas.cz/nabozenstvi/vyzvy/_zprava/specifika-tibetskeho-buddhismu-a-jeho-podoba-v-zapadnim-podani--1030202
40. ROSNER, F. 2002. *The Jewish View of Healing. Cancer Investigation* [online]. 2002, vol. 20, no. 4, pp. 598-603. [cit. 2017-06-02]. ISSN 07357907. Dostupné z: <http://www.deepdyve.com/lp/informa-healthcare/the-jewish-view-of-healling-3QpWZXDC>

6 PŘÍLOHY

6.1 Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Souhlas s výzkumem

Příloha C – Praktický výstup

6.1.1 Příloha A Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Filip Sklenář a jsem studentem třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Cílem mého výzkumu je zjistit, jak je ve zdravotnických zařízeních nakládáno s Vaší vírou a jaký je brán ohled na potřeby a zvyky spojené s daným vyznáním. Tímto zároveň prohlašuji, že výsledky jsou anonymní a jejich původ nedohledatelný. Průzkumu se prosím účastněte, pouze pokud se identifikujete jako člen jednoho z níže uvedených náboženství. Otázky prosím nepřeskakujte, hodící se odpovědi vždy zakroužkujte. Děkuji za váš čas a účast v průzkumu.

Vnímání ošetrovatelské péče z pohledu náboženských menšin

1. Jakého jste vyznání.:

Judaismus / Budhismus / Islám

2. Jaké Je Vaše pohlaví:

Muž / Žena

3. Kolik je vám let?

18–20/ 21-40/ 41-60/ 61-80 / Nad 80

4. Máte české občanství?

Ano / Ne

5. Víra je pro mne:

Velmi důležitá / Důležitá / Méně důležitá / Spíše nedůležitá

6. Tradice, zvyklosti a pravidla mé víry dodržuji.:

Dodržuji vždy / Spíše ano / Spíše ne / Vůbec ne

7. Ošetrovatelská péče poskytovaná v tomto zařízení je podle vašeho názoru?
(myšleno obecně):

Bezchybná / Velmi dobrá / Dobrá / Spíše špatná / Špatná

8. Byla vaše víra zohledněna při přijetí do tohoto zdravotnického zařízení?

Ano / Ne

9. Zvláštnosti ošetrovatelské péče u mého vyznání vnímám jako:

Standartní / Obvyklé / Neobvyklé / Nestandartní

10. Zdravotnický personál zvláštnosti mé víry: (Chápej jako: Dotazy na Vaše zvyky a tradice, dotazy na formu, styl a zvyklosti při stravování, oblékání, hygieně apod.).

Zajímaly nadměrně / Zajímali se / Zeptali se / Neměli zájem

11. Vyžadujete dodržování specifik vašeho vyznání ve zdravotnickém zařízení?

Určitě ano / Spíše ano / Spíše ne / Ne

12. Poskytoval vám personál ošetrovatelskou péči odpovídající vašim zvyklostem, tradicím a požadavkům stran Vaší víry?

Velmi důsledně / Spíše ano / Víceméně - (poskytována nahodile) / Převážně ne / Vůbec

13. Je potřeba ke každému přistupovat jednotlivě podle jeho náboženských zvyklostí?

Určitě ano / Spíše ano / Nevím / Spíše ne / Ne

14. Zkušenosti s vnímáním kulturních odlišností mé víry v tomto zdravotnickém zařízení mám:

Výborné / Spíše dobré / Průměrné / Spíše špatné / Špatné

15. Zažil/la jste někdy ve zdravotnickém zařízení vůči vám negativní chování z důvodu vaší víry?

Ano často / spíše ano / Spíše ne / Ne

Děkuji vám za váš čas při vyplňování dotazníku.

6.1.2 Příloha B – Souhlas s výzkumem

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta:	Student Filip
datum narození:	10. 1994
adresa bydliště:	Diegova 969 Hradec 508 01
telefonní kontakt, e-mail:	774 253 3395 +45 76902 student.upce.cz
Název školy, fakulta, katedra :	Univerzita Pardubice, FZS, Studentská 95 Pardubice
Studijní program, Studijní obor / ročník :	Ošetřovatelská Všeobecná sestra 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, absolventská, seminární):	Bakalářská
Téma:	Respektování specifické výživy u pacientů ve zdravotnickém zařízení
Jméno vedoucího práce:	PhDr. et Mgr. Ivana Duková
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	100
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	I. int. kardiologická klinika
Metodika výzkumu:	Kvantitativní dotazníkové šetření
Období výzkumu (od – do):	1.12.2016 - 1.3.2017
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno:	BLANKA TAUFMANOVÁ
Pozice:	VRCHNÍ SESTRA
Razítko a podpis:	<p>Blanka Taufmanová vrchní sestra I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové Tel.: 495 832 670</p>

PhDr. et Mgr. Ivana Duková

.....
Vedoucí práce

.....
Student

6.1.3 Příloha C – Praktický výstup

Jak přistupovat ke kulturně odlišnému klientovi?

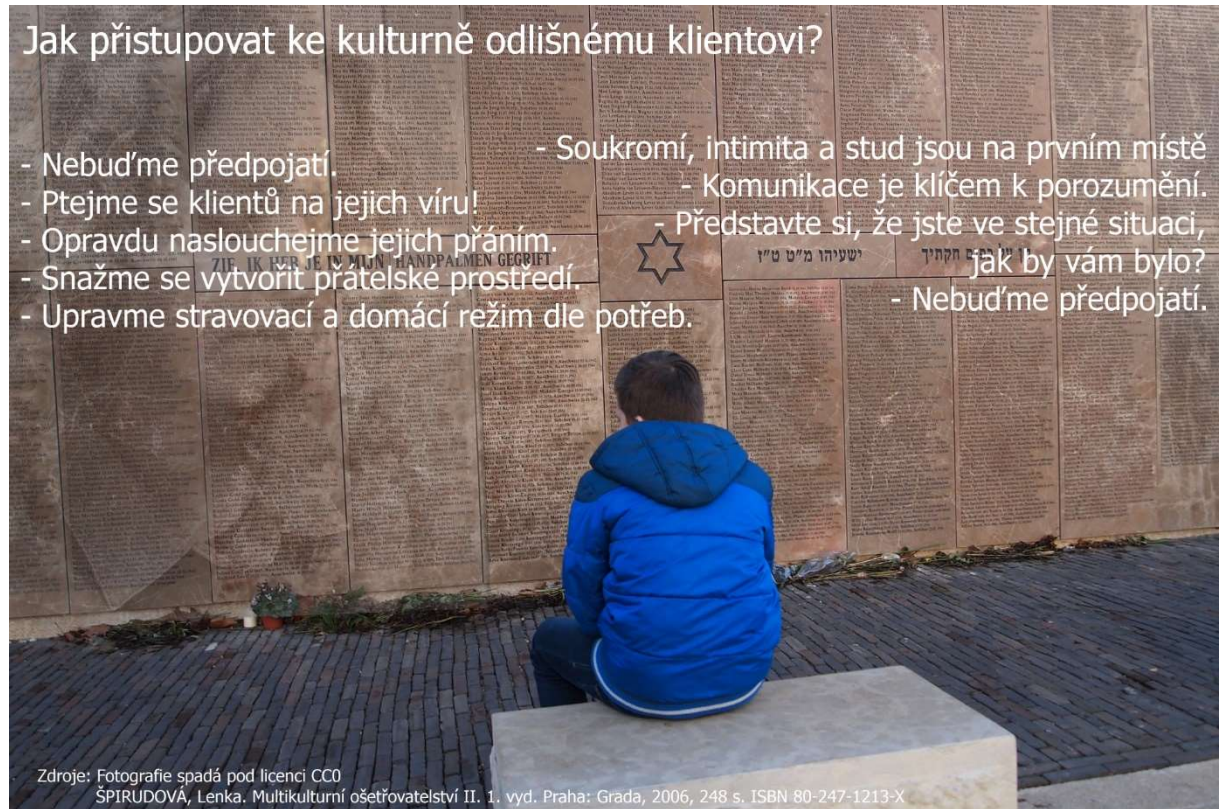
- Nebud'me předpokládat.
- Ptejme se klientů na jejich víru!
- Opravdu naslouchejme jejich přáním.
- Snažme se vytvořit přátelské prostředí.
- Upravme stravovací a domácí režim dle potřeb.

- Soukromí, intimita a stud jsou na prvním místě

- Komunikace je klíčem k porozumění.

Představte si, že jste ve stejné situaci, jak by vám bylo?

- Nebud'me předpokládat.



Zdroje: Fotografie spadá pod licenci CC0
ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X

Jak přistupovat ke kulturně odlišnému klientovi?

- Nebud'me předpokládat.
- Ptejme se klientů na jejich víru!
- Opravdu naslouchejme jejich přáním.
- Snažme se vytvořit přátelské prostředí.
- Upravme stravovací a domácí režim dle potřeb.

Soukromí, intimita a stud jsou na prvním místě

Představte si, že jste ve stejné situaci, jak by vám bylo?

Komunikace je klíčem k porozumění.



Zdroje: Fotografie spadá pod licenci CC0
ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X

Jak přistupovat ke kulturně odlišnému klientovi?

- Soukromí, intimita a stud jsou na prvním místě
- Komunikace je klíčem k porozumění.
- Představte si, že jste ve stejné situaci, jak by vám bylo?
- Nebud'me předpokládat.
- Nebud'me předpokládat.
- Ptejte se klientů na jejich víru!
- Opravdu naslouchejme jejich přáním.
- Snažme se vytvořit přátelské prostředí.
- Upravme stravovací a domácí režim dle potřeb.

Zdroje: Fotografie spadá pod licenci CC0

SPRÁVČOVKA Lenka: Multikulturní občanství II, 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s., ISBN 80-747-021-3 X