

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Co je povolené a co je zakázané při ošetřování vyznavače islámu**

Diplomová práce

Vedoucí práce

**doc. PhDr. Gabriela Sedláková Ph.D.**

Autor práce

**Bc. Jiřina Norková**

2008

## Abstract

In my thesis I deal with the issue: What is allowed and what is forbidden in nursing an Islamic believer. I have chosen this topic because it is a very interesting and topical issue. In the Czech Republic area great changes in terms of the population composition have occurred recently. The number of foreigners of various cultural backgrounds, religions and custom practice has increased and thus the need of multicultural nursing has risen. Therefore it is necessary to find out if we are ready to care for patients who are Islamic believers. The number of Islamic believers in our country is growing constantly and they are not only tourists and foreigners but also Czech converts.

Due to the extensive and comprehensive character of the issue the theoretical section of the thesis was divided into three parts. The introduction is focused on basic information on multicultural nursing. The transcultural model of nursing by Gigerova and Davidhizarova was used both for a special part of the theory and in the research part for developing the processual standard. The second part is focused on general information on Islam, i.e. on the history of the origination of the religion, its history in our country and on the principles of Islam. The special and most substantial part is dedicated to nursing specifics in the care for these patients, such as food, hygiene, family life, the issue of life saving interventions and the issue of death. On the basis of the model mentioned above nursing evaluation was carried out.

In the practical section four objectives were stated: to learn nurses' knowledge of the issue, to examine the conditions in hospitals in terms of nursing care for Islam believers, to find out if the attitude of the medical staff is influenced by prejudice against Islamic believers and to establish nursing standards in the care for Islam believers. The objectives were stated under assumption that nurses in the South Moravian region are better informed than nurses in the South Bohemian region and conditions in South Moravian hospitals are better adapted to the needs of nursing care for Islamic believers. The other assumption were that nurses' attitude to care for Islamic believers is influenced by prejudice and also that the nursing standard development is considered to be benefiting for providing these patients with a complex nursing care.

The research was conducted in the South Bohemian and South Moravian regions by using questionnaires handed out to nurses. I can say that the objectives were achieved, the first three hypotheses were not confirmed and the fourth, relating to the benefit of the nursing standard, was confirmed.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou prací na téma Co je povolené a co je zakázané při ošetřování vyznavače islámu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Děkuji vedoucí práce doc. PhDr. Gabriele Sedlákové Ph.D. za metodické vedení a cenné rady při psaní této diplomové práce.

## OBSAH

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Historický vývoj multikulturního/transkulturního ošetrovatelství .....	10
1.1.1 <i>Postoje vůči minoritám ve společnosti</i> .....	11
1.1.2 <i>Kulturní šok</i> .....	12
1.2 Model kulturně uzpůsobené a ohleduplné péče .....	13
1.2.1 <i>Jevy kulturní rozmanitosti</i> .....	13
1.3 Zdravotník a spiritualita nemocných .....	14
1.4 Islám a jeho vznik .....	15
1.4.1 <i>Historie islámu v Čechách</i> .....	15
1.5 Základ islámu.....	16
1.5.1 <i>Vyznání víry</i> .....	17
1.5.2 <i>Modlitba</i> .....	17
1.5.3 <i>Náboženská daň</i> .....	18
1.5.4 <i>Půst</i> .....	19
1.5.5 <i>Pouť do Mekky</i> .....	19
1.5.6 <i>Džihád</i> .....	20
1.6 Povolené a zakázané v islámu ovlivňující ošetrovatelskou péči .....	20
1.6.1 <i>Stravování</i> .....	21
1.6.2 <i>Hygiena a způsob oblékání</i> .....	22
1.6.3 <i>Manželství a rodinný život</i> .....	23
1.6.3.1 <i>Antikoncepce a potraty</i> .....	24
1.6.3.2 <i>Oplodnění a adopce</i> .....	24
1.6.3.3 <i>Postavení žen</i> .....	25
1.6.4 <i>Obřady na cestě životem</i> .....	25
1.6.5 <i>Problematika umírání a smrti</i> .....	26
1.6.5.1 <i>Život zachraňující zákroky, eutanázie a transplantace</i> .....	27
1.6.5.2 <i>Pitva a pohřeb</i> .....	27

1.7 Zdravotnická etika v islámu.....	28
1.8 Model kulturně uzpůsobené a ohleduplné péče aplikovaný na vyznavače islámu.....	28
1.8.1 Položka modelu I – komunikace .....	29
1.8.2 Položka modelu II – Interpersonální prostor .....	31
1.8.3 Položka modelu III - sociální začlenění.....	32
1.8.4 Položka modelu IV – pojetí času.....	32
1.8.5 Položka modelu V – vliv prostředí a výchovy .....	33
1.8.6 Položka modelu VI – biologické odlišnosti.....	33
1.9 Souhrn informací z ošetrovatelské péče .....	34
2. Cíle práce a hypotézy.....	36
2.1 Cíle práce .....	36
2.2 Hypotézy.....	36
3. Metodika .....	37
3.1 Metodika práce .....	37
3.2 Výzkumný soubor.....	37
4. Výsledky .....	38
4.1 Výsledky dotazníků .....	38
4.2 Standard ošetrovatelské péče o vyznavače islámu .....	61
5. Diskuse.....	81
5.1 Diskuse k hypotéze číslo 1.....	81
5.2 Diskuse k hypotéze číslo 2.....	83
5.3 Diskuse k hypotéze číslo 3.....	86
5.4 Diskuse k hypotéze číslo 4.....	87
6. Závěr .....	88
7. Seznam použitých zdrojů.....	90
8. Klíčová slova .....	94
9. Přílohy.....	95

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

***Madeleine Leiningerová***

## **Úvod**

Na území České republiky dochází v posledních letech k velkým změnám z hlediska skladby obyvatel. S navyšujícím se počtem cizinců různých kultur, náboženského vyznání a zvyklostí se zvyšuje potřeba multikulturní/transkulturní péče oproti předchozím létům.

Multikulturní/transkulturní péče má zajistit integraci cizinců do společnosti a poskytování komplexní ošetrovatelské péče všem klientům/pacientům bez rozdílu. Jsme však na tyto klienty/pacienty připraveni? Víme, jak uspokojit jejich základní bio-psycho-sociální a spirituální potřeby? Abychom dokázali poskytovat kvalitní péči cizincům na základě jejich potřeb, je nutná připravenost nemocnic, se kterou úzce souvisí vzdělání zdravotnických pracovníků v oblasti kulturních a náboženských specifik. Jedním z nejrozšířenějších světových náboženství, které má v naší republice neustále se zvyšující počet stoupců, je islám. Proto je důležité a velice aktuální zabývat se kulturními zvyky, rituály a potřebami vyznavačů islámu v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Z tohoto důvodu jsme zvolily diplomovou práci na téma: „Co je povolené a co je zakázané při ošetřování vyznavače islámu“, abychom zmapovaly danou problematiku v našich podmínkách.

V teoretické části bude téma rozděleno do dvou základních oblastí. První z nich bude zaměřena na multikulturní/transkulturní ošetrovatelství, a větší rozsáhlejší část bude objasňovat problematiku islámu. Informace obsažené v teoretické části by měl veškerý zdravotnický personál znát a na základě nich pečovat o klienty/pacienty vyznávající islám.



Pro empirickou část bylo stanoveno několik cílů, které nám mají pomoci ve zmapování dané problematiky. A na základě získaných informací pak k vytvoření určitých opatření, které by napomohly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče plynoucí z potřeb nemocného. Míra opatření a způsob jejich provedení bude vyplývat z výsledků výzkumu prováděném v kraji jihočeském a jihomoravském. Jedním z těchto zásadních řešení je vypracování standardu péče o vyznavače islámu, který je zároveň jeden z cílů práce. Tento standard by měl pomoci sestřám při základních diagnosticko-terapeutických výkonech, náročných životních situacích klientů/pacientů a také při komunikaci s nimi a jejich rodinou. Měl by pomoci předcházet určitým nedorozuměním a konfliktům mezi zdravotnickým personálem a vyznavači islámu a zároveň pomoci v navázání spolupráce, která přispěje ke kvalitní péči od prvního setkání.

## 1. Současný stav

„Studovat kulturu je stejně důležité jako studovat fyziologii srdce a svalů v těle, vždyť je to mimo jiné i ona, která zásadně ovlivňuje životní fungování člověka v každodenním světě, světě nesmírné rozmanitosti (diverzity)“ (31, s. 7).

### *1.1 Historický vývoj multikulturního/transkulturního ošetřovatelství*

Multikulturní a transkulturní jsou termíny, které se i v nynějším zdravotnictví a literatuře často používají k vyjádření stejného i přesto, že mají svá odlišná specifika významu (viz. Příloha 1). Multikulturní tedy znamená respektování více kultur v určitých podmínkách, kdežto termínem transkulturní se rozumí obousměrná interakce mezi majoritní společností a minoritami (17).

V transkulturním ošetřovatelství dochází k porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin z různého kulturního prostředí. Cílem tohoto ošetřovatelství je poskytovat kulturně specifickou péči pro podporu zdraví. Dále pak pomáhat čelit svízelným situacím, onemocněním nebo smrti pomocí kulturně podmíněných postupů. K transkulturnímu ošetřovatelství patří také multikulturní výchova nové generace sester s potřebnými znalostmi, vnímavostí a pochopením pro dynamický multikulturní svět. Pomáhá jim pochopit a respektovat i jiné kultury než své vlastní a také vytvářet si k nim adekvátní postoj neovlivněný předsudky (17, 31).

K potřebě vzniku multikulturního/transkulturního ošetřovatelství přispěla řada ovlivňujících faktorů. Jedním z nich je vzestup populační migrace, čímž dochází ke kulturní fluktuaci a míšení. Dalšími faktory jsou například nárůst kulturního vědomí, rozšiřování elektronické komunikace, pohyb zdravotnického personálu na různá území a také širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a potřebě se lépe dorozumět (31).

Z historického hlediska se problematikou přístupu ke klientovi/pacientovi jiné kultury v ošetřovatelské péči začala zabývat americká sestra Madeleine Leiningerová v padesátých letech dvacátého století. Pozorováním zkoumala, do jaké míry ovlivňují kulturní rozdíly ošetřovatelskou péči a léčbu. Výzkumem zjistila, že je jejich podíl

opravdu vysoký. V šedesátých letech pak poprvé použila termín transkulturní ošetrovatelství. Madeleine Leiningerová také vytvořila model pro ošetrovatelskou péči, který sama nazvala „Model vycházejícího slunce“. Model znázorňuje jednak kulturní diverzitu a zároveň univerzalitu ošetrovatelské péče (8, 27). Méně známou teoretičkou, jenž vytvořila model transkulturní péče je Modesta Soberane Orque, která se zaměřila na péči o klienty/pacienty z nedominantní vrstvy obyvatelstva. Pro zhodnocení potřeb klienta/pacienta vytvořily Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová model kulturně uzpůsobení a ohleduplné péče (1, 31).

Dalšími důležitými mezníky transkulturního ošetrovatelství jsou rok 1973, kdy vzniklo první univerzitní pracoviště zaměřené na multikulturní/transkulturní ošetrovatelství a rok 1974, kdy byla založena Společnost pro transkulturní ošetrovatelství, jejímž ústředním mottem bylo „Mnoho kultur – jeden svět“ (31).

### ***1.1.1 Postoje vůči minoritám ve společnosti***

Každý jedinec, ať už je to dítě nebo dospělý člověk, zaujímá vůči okolnímu světu, jiným subjektům i k sobě samému jisté postoje. Jsou to hodnotící vztahy, které si vytváří od dětství na základě spontánního učení v rodině a v ostatním sociálním prostředí. Postoje jsou utvářeny třemi základními složkami. Kognitivní složka obsahuje poznatky a názory, které jedinec již má. Emocionální složka se týká emocí, které zaujímá k předmětu postoje. A behaviorální složkou jsou sklony k chování vůči předmětu postoje. Je nutné všechny tyto dimenze znát, aby mohla multikulturní výchova probíhat. Jelikož je multikulturní výchova edukační činnost, poskytuje jednotlivcům poznatky, které mohou měnit nebo ovlivňovat jejich vytvořený názor vztahující se k jiným kulturám, etnikům či rasám. Zvláštním druhem postojů jsou kulturní předsudky a stereotypy (36).

Stereotypy jsou mínění, jak o vlastní etnické skupině či národu (autostereotypy), tak o etnických skupinách a národnostních menšinách jiných (heterostereotypy). Stereotypy bývají obvykle zaujaté a to pozitivně, ale také negativně. Lze říci, že jsou nespolehlivé a zjednodušující, protože vycházejí ze setrvačného přenášení z generace na generaci a obtížně se mění.

Předsudky představují komplex nezdůvodněných postojů a stanovisek, ke kterým dochází osvojováním pod vlivem prostředí, nebo přebíráním od nějaké autority. O předsudcích se mluví jako o postojích předpojatých. Důvodem je, že se nezakládají na objektivních znalostech, nýbrž jsou to subjektivní úsudky často vysoce citově laděné. Předsudky jsou ovlivněny především rodinou, výchovou, psychickými potřebami a sociálním postavením. Předsudky řadíme mezi nejdůležitější zdroje nedůvěry k něčemu nebo někomu cizímu. Z předsudků může také vycházet strach z něčeho cizího nebo neznámého, který ovlivňuje napětí jednotlivce a později i skupiny, označujeme ho jako xenofobie. Tento pocit vzniká na základě porovnávání jiných se svojí etnickou či národnostní skupinou. Úzký vztah s předsudky má také diskriminace, kterou rozumíme určitý proces znevýhodňování jedné skupiny vůči skupině druhé na základě rasy, pohlaví, náboženství, politického názoru, národnosti nebo sociálního původu. Diskriminace nemusí být pouze negativní, ale také pozitivní, kdy hájí a podporuje zájmy menšiny (17, 36, 45).

### ***1.1.2 Kulturní šok***

Oblastí, o které by zdravotníci měli mít také dostatečné znalosti, je kulturní šok. Měli by umět rozpoznat jeho příznaky a vědět do jaké fáze je zařadit. Kulturní šok je psychická reakce člověka ovlivňující jeho způsoby chování. Bývá vyvolána neobvyklou situací, jako je například přemístění do kultury odlišné od jeho vlastní anebo té, na kterou je zvyklý. Rozlišujeme čtyři fáze.

Do první fáze (iniciální) se řadí fascinace novými lidmi a kulturou. Označuje se také jako fáze „medových týdnů“. V této fázi jsou lidé stimulováni pobytem v novém prostředí a snaží se poznat jeho normy a to nejčastěji dotazováním. Druhou fázi lze nazvat jako krizi. V tomto období začíná mít člověk problémy a život v nové kultuře se stává složitým. Krize, kterou prožívá, se může projevit uzavřením se do sebe nebo naopak hněvem. Po této fázi následuje hledání přiměřených modelů chování a jednání, vytváření přátelských vztahů. Učí se jak komunikovat a řešit problémy, poznávat kulturu a její pravidla. Tuto třetí fázi nazýváme poznání. Poslední fázi je přizpůsobení se. Pro toto období je typické, že se člověk opět těší z nové kultury (17, 20).

## ***1.2 Model kulturně uzpůsobené a ohleduplné péče***

Model kulturně uzpůsobené a ohleduplné péče vznikl na základě potřeb sester hodnotit kulturní proměnné v ošetrovatelském procesu a jejich vliv na chování klienta/pacienta ve zdraví i v nemoci. Má usnadnit poskytování ošetrovatelské péče klientům/pacientům odlišného etnika a vhodně vybírat ošetrovatelské intervence dle jeho potřeb. Autorkami modelu jsou Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová, které navazují na práci M. Leiningerové a rozpracovávají tak další rovinu transkulturního ošetrovatelství, kterou je hodnocení stavu potřeb klienta/pacienta a ošetrovatelské intervence (31, 46).

Stejně jako každý obor, má i tento model svůj předmět zkoumání (metaparadigma). Metaparadigma slouží k pochopení pojetí modelu a zahrnuje, jak transkulturní ošetrovatelství, které je orientované na klienta/pacienta a je podložené výzkumem, tak kulturně kompetentní péči jako plynulý, dynamický a kontinuální proces, poskytující účelnou a užitečnou péči na základě vědomostí o kultuře. Dále pak kulturní jedinečnost lidí a také kulturní senzitivitu prostředí, kterou je kulturně rozmanitá zdravotní péče poskytovaná v různých typech zdravotnických zařízení. Poslední oblastí metaparadigmatu je zdraví a zdravotní status jako základna kulturně specifických chorob a zdraví prospěšného chování. Zdraví každého jedince hluboce ovlivňují individuální kulturní hodnoty, víra a postoje (30,46).

### ***1.2.1 Jevy kulturní rozmanitosti***

Model Gigerové a Davidhizarové považuje jedince za kulturně unikátního, jenž má být hodnocen z hlediska šesti kulturních jevů. Jsou jimi komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, vliv prostředí a výchovy a biologické odlišnosti (variance).

Komunikace je hodnota související s lidskou interakcí a chováním. Pomocí její verbální a neverbální složky jsou lidé samotné kultuře vyučováni. A právě komunikace představuje často nejvýznamnější problém při práci o klienty/pacienty různých kultur. Celá komunikace probíhá v interpersonálním prostoru. Z toho důvodu je nutné znát

pravidla pro komunikaci daných kultur a dodržovat tak intimní, osobní, sociální a veřejné zóny z hlediska jejich zvyklostí. Dalším jevem je sociální začlenění, které se týká způsobu chování kulturní skupiny ve vztahu k rodině. Důležitá je struktura a organizace rodiny, náboženské hodnoty, víra a plnění rolí. Zajímavým aspektem interpersonální komunikace je také čas jeho využití a zaměření v kulturách. Jelikož je zdraví populace a jejich vztah ke zdravotním službám ovlivňován do velké míry environmentálními faktory a výchovou, je nutné se při ošetrovatelské péči zabývat také oblastí vlivu prostředí a výchovy. Posledním jevem je biologická odlišnost, což nám říká, že se lidé neodlišují pouze kulturou, ale také genetickými znaky (46).

### ***1.3 Zdravotník a spiritualita nemocných***

Klienti/pacienti v určité fázi nemoci mohou vnímat a upřednostňovat své spirituální potřeby před potřebami biologickými. Proto je nutné jim naslouchat a komunikovat s nimi, aby se předešlo nedorozuměním a problémům, se kterými by si zdravotník nemusel vědět rady.

Pro uspokojování spirituálních potřeb je důležité víru nemocného respektovat, získat informace o jeho duchovních potřebách a projevovat úctu k němu samotnému i k jeho kultuře. Aby se zdravotník na uspokojování spirituálních potřeb klienta/pacienta mohl podílet, musí mít znalosti o kultuře, ze které jedinec pochází a musí je aktivně vyhledávat. Důležité je se umět do jedinců různých kultur vcítit, pouhé znalosti nestačí. Proto je nutné vyrovnat se s etnocentrismem a odstranit možné předsudky.

S nárůstem cizinců odlišných kulturních a náboženských vyznání se dostává zdravotník do situace, že se může kdykoliv během své praxe setkat s různými kulturami, které se stávají součástí naší společnosti (17). Proto bude v následujících kapitolách rozpracováno jedno ze světových náboženství s narůstajícím počtem vyznavačů i na našem území, které má velkou řadu specifík týkajících se ošetrovatelské péče.

## ***1.4 Islám a jeho vznik***

Islám je druhé nejpočetnější náboženství světa, které věří v jednoho Boha. Jediným Bohem tohoto monoteistického náboženství je Alláh. Islám tedy znamená mír a oddanost Bohu, o kterém kázal prorok Muhammad (33, 38).

Muhammad se narodil roku 570 n.l. v Mekce. Otec i matka mu zemřeli velice brzy a tak byl vychováván dědečkem a později strýcem. Svým dokonalým chováním si získal pověst čestného, poctivého a šlechetného člověka. V pětadvaceti letech si vzal za ženu bohatou vdovu Chadídžu z významné rodiny, která mu byla oporou zejména v počátcích Prorockého působení. Muhammadovým zvykem bylo chodit rozjímat do jeskyně na horu nedaleko Mekky, kde se mu zjevil archanděl Gabriel. První jeho osvěcení jsou datována k roku 610 n.l.. Kázat začal nejprve v blízkém rodinném kruhu a také svým přátelům. Na veřejnosti začal vystupovat až o tři roky později a tím se postupně počet jeho přívrženců rozrůstal dál. Setkal se však také s odporem a pronásledováním, proto odešel v roce 622 n.l. z Mekky do Medíny. Tomuto odchodu se říká hidžra neboli přesídlení. Rok 622 n.l. vyznavači islámu (muslimové) určili za první rok islámského kalendáře (11, 47).

Mezi muslimy a Mekkánci došlo k několika bojům a následně k dohodě, která opravňovala muslimy vykonat pouť do Mekky. Tato první pouť s prorokovými motlitbami a úkony, byla natrvalo ustanovena jako rituál. Nakonec muslimové ovládli nejen Medínu, ale i Mekku. Tři roky po obsazení Mekky v roce 632 n.l. Muhammad zemřel a tím došlo ke konci zjevení a přímému Božímu vedení. Nástupce Proroka po jeho smrti prohlásil: „Kdokoliv uctíval Muhammada, necht' ví, že Muhammad zemřel, ale kdokoliv uctívá Boha, necht' ví, že Bůh žije a neumírá!“ (29, s. 23). Tím uklidnil muslimy, kteří nevěděli, co bude následovat dál (5, 29).

### ***1.4.1 Historie islámu v Čechách***

Až do roku 1991 nebyla historie islámu v Čechách nijak výrazná. Teprve ve zmíněném roce vzniklo Ústředí muslimských náboženských obcí. V roce 1998 byla

otevřena první mešita v Brně a rok poté také v Praze. Ale až v roce 2004 byl islám oficiálně registrován státem.

Vyznavači islámu na našem území jsou převážně přistěhovalci a malé množství konvertitů. Dle výzkumu zabývajícího se integrací muslimů v České republice (ČR) na žádost Ministerstva vnitra by se celkový počet muslimů na našem území měl pohybovat okolo 11 000. Avšak ne všichni jsou aktivní. V ČR však oficiální statistiky o počtu muslimů neexistují.

Mezi další organizace v současné době fungující v České republice patří Islámský svaz, což je klub přátel islámské kultury. Pak také Svaz muslimských studentů, Liberální muslimové, Muslimská unie, nebo Liga českých muslimů (2, 16, 48).

### ***1.5 Základ islámu***

Proroctví přednášená Muhammedem v průběhu dvaceti let jsou obsažena ve svatém písmu muslimů, Koránu. Text Koránu pochází přímo od Alláha, jehož prostředníkem byl archanděl Gabriel, který se prorokovi postupně zjevoval. Korán je tedy Slovem božím. Samotný termín Korán znamená to, co má být recitováno, přednášeno popřípadě čteno. Tato Svatá kniha islámu je doplněna také sunnou neboli souborem obsahujícím výroky, činy a soudy Muhammada. Korán a sunna společně vytvořily základ víry. Pro muslimy je tato kniha důležitá při jejich modlitbách a je také hlavním zdrojem islámského zákona zvaného šarí'a. V zákoně jsou obsaženy předpisy, příkázání a doporučení dále pak i to, co je zakázané a povolené v každodenním životě muslimů (3, 12, 38, 39).

V muslimském učení má také zásadní význam pět základních povinností, od kterých se odvíjí jejich duchovní a náboženský život. Tyto povinnosti jsou také označovány jako pět pilířů náboženství. Řadí se mezi ně: vyznání víry (šaháda), modlitba (salát), náboženská daň (zakát), půst v měsíci ramadánu (sawm) a pouť do Mekky (hadždž) (21).



### ***1.5.1 Vyznání víry***

Muslimové věří v jediného Boha a jejich vyznání víry se nazývá šaháda. Islámská šaháda v překladu zní: „Vyznávám, že není božstva kromě Boha a Muhammad je posel Boží“ (21, s. 92). Tím je řečeno, že právo na uctívání má pouze Bůh. A také to, že Bůh nemá žádného společníka ani syna (15, 29).

Pokud se chce stát nevěřící člověk muslimem, musí pronést šahádu, která v právnické oblasti znamená svědectví. Musí být pronesena v arabské formuli, s vážným úmyslem a před dvěma svědky. U dětí je to tak, že se za muslima považuje každé dítě narozené muslimskému otci (21, 29, 38).

Vyznání víry s sebou nese i určité povinnosti v každodenním životě muslima. Patří sem pravidelné modlitby, boj za svou víru, kdy je schopen za ni položit i život (21). Muslimové jsou šahádou provázeni po celý život, je součástí modliteb a také by měla být posledním slovem před smrtí. Protože pokud muslim vysloví šahádu je připraven nastoupit cestu do ráje (21, 24).

### ***1.5.2 Modlitba***

Každodenní povinností muslima je modlitba (salát). Její dodržování ve stanovených časech je zakotveno přímo v Koránu. Měla by být pronášena pětkrát denně, a to za úsvitu, v poledne, odpoledne (mezi polednem a západem slunce), dále při západu slunce a nakonec v noci po úplném setmění. Je možné ji vykonávat kdekoliv na čistém místě. Modlitbou se v islámu rozumí přímé spojení mezi Bohem a tím, kdo ho uctívá. Trvá vždy jen několik minut, proto musí mít muslimové pro její vynechání rozumnou omluvu, jinak se dopouští závažného přestupku a hříchu (14, 15, 21, 39).

V islámu se rozlišují tři druhy modliteb. První je povinná, kterou se rozumí pět pravidelných modliteb, účast na pátečních shromážděních a pohřební modlitba. Další jsou dobrovolné modlitby, které doprovází povinné modlitby a shromáždění v období dvou velkých svátků. Posledním druhem jsou nepovinné modlitby prováděné v jakoukoliv denní či noční dobu (50).

Modlitba je považována za platnou, pokud jsou dodržovány stanovené podmínky. Je nutná čistota těla, místa a šatu, náležité oblečení, správný modlitební směr a čas a také zbožné předsevzetí. V islámu se velice dbá na čistotu jak tělesnou, morální tak i na rituální. Proto je před započítáním modlitebního aktu vykonáváno očistné omytí, které závisí na míře znečištění člověka. Při velkém znečištění se provádí koupel celého těla s vypláchnutím úst a nosních otvorů. Dochází k němu po intimním styku, po menstruaci u žen a týká se to také žen v šestinedělí. Jako lehké znečištění se označuje kontakt s nečistou věcí. Tím je míněno požití jakékoliv toxické látky, nebo pokud dojde k vyměšování, výtoku krve, hnisu či jiného exkretu. Dále platí, že se člověk znečišťuje také při konání potřeby, spánkem nebo dotykem osoby jiného pohlaví. Zde je zapotřebí provést omytí tváře, hlavy, rukou a nohou. Modlitební místo považujeme za čisté tehdy, pokud je čisté, suché a neposkvrněné. Proto se používá modlitebních koberečků. Při modlitbě musí být muslim obrácen směrem k Mekce, což je jeden ze základních požadavků. Modlitba v islámu tvoří propojení duchovna s tělesnými pohyby (viz příloha 2) (21, 50). Při modlitbě musí být muži odděleni od žen (32).

Místem vykonávání modliteb je mešita. Slovo mešita označuje místo, kde se lidé sklánějí, místo určené pro uctívání. Mešita není využívána jen ke společným modlitbám, ale také pro různá shromáždění, soudy či jednání (26, 32).

### ***1.5.3 Náboženská daň***

Dalším z pilířů islámu je zakát, překládá se jako náboženská daň nebo také almužna. Muslimové ji chápou jako navrácení části majetku, který jim Alláh umožnil získat. Je povinný a má sloužit k obecně prospěšným a dobročinným účelům. Zakát se počítá jen z finančního přebytku, aby lidé mohli obstarat rodinu a měli na nezbytné platby a náklady. Odvádí se jednou za rok a to ke konci lunárního roku.

Zakát je možné rovnou odevzdat těm, kterým má připadnout nebo ho svěřit k rozdělení úřadům. Příjemcem této daně jsou muslimové bez prostředků k pokrytí nejnutnějších potřeb, nebo pokud nemají na konci roku minimum, které je předepsané. Je nutné si uvědomit, že je to zvláštní náboženská povinnost a platí se odděleně vedle vládních daní (21, 29, 35, 50).

#### ***1.5.4 Půst***

Předepsaný půst neboli sawm znamená odmítání potravin, nápojů, intimního styku a kouření. Vykonává se v měsíci ramadánu po třicet dní od východu do západu slunce. Ramadán je devátý měsíc lunárního kalendáře. Cílem půstu není trpět hladem a žizní, ale vyvarovat se hříchů a přiblížit se Bohu (43, 50).

Dříve bylo nedodržování pravidel půstu trestáno až vězením, v dnešní době jde o sankce spíše společenské jako je kolektivní opovržení či ztráta prestiže u kolegů a sousedů. Půst je povinný pro všechny dospělé a mentálně zdravé občany, částečnou výjimku mají nemocní lidé a cestující, těhotné a kojící ženy a také ženy menstrující, ti musí zmeškané dny nahradit. Úplnou výjimku tvoří staří lidé nevléčitelně nemocní a vojáci ve válce (24).

Půst je pro muslimy důležitý také z hlediska ovlivňování jejich života. Učí je disciplíně tím, že dokáží dodržovat přísný režim. Oživuje jejich duchovní život pomocí nočních modliteb. Oživuje také vztah ke Koránu, protože právě v průběhu ramadánu bylo zjeveno Muhammedovi Alláhovo poselství. Přispívá k pocitu identity uvnitř společenství, protože ramadán a půst je kolektivní zážitek. Dalším významem půstu je obnovení smyslu pro pozornost a soucit. Tím, že se muslimové postí, umí se vžít do utrpení chudých. Džihád neboli úsilí, jde ruku v ruce s ramadánem tím, že půst připravuje muslimy na zkoušky i oběti, které je obklopují (43).

#### ***1.5.5 Pout' do Mekky***

Posledním pilířem islámského náboženství je pout' do svatého města Mekky (hadždž), kterou musí vykonat každý dospělý a duševně zdravý muslim bez rozdílu pohlaví alespoň jednou za život.

Součástí pouti jsou neustálé modlitby, odříkávání posvátných textů, vnitřní rozjímání a přesouvání muslimů, které začíná a končí u mešity v Mekce, kde se nachází svatyně Ka'ba s posvátným černým kamenem neznámého původu. Pout' se koná každoročně mezi osmým až třináctým dnem posledního měsíce v islámském lunárním kalendáři a trvá deset dní (24, 39).

### ***1.5.6 Džihád***

V souvislosti s pěti základními pilíři islámu bývá zmiňován džihád. Džihád je vlastně vynaložené úsilí pro islám, které má několik podob (23).

Obvykle jde o vnitřní boj zbožného muslima, kdy pokušení ohrožuje jeho víru. Džihád může mít také podobu slovní argumentace. V případě, že se svět islámu cítí ohrožen nebo mu vnější podmínky dovolují expanzi, může mít také podobu ozbrojeného boje. Pokud džihád do stadia ozbrojeného boje dospěje, pak jde o kolektivní povinnost. V této fázi je osobní příspěvní každého zdravého muže vyžadováno, pokud nepostačí muslimské vojsko (21, 49).

V islámu se rozlišuje džihád velký a malý. Velký džihád je bojem duchovním. Do tohoto typu patří například již zmíněný vnitřní boj muslima. Malým džihádem se označují tělesné boje na obranu islámu, například při napadení muslimů zvnějšku. Pokud však muslimové přejdou do protiútoky a nejedná se již o válku útočnou ale obrannou, jejich boj ztrácí povahu džihádu (33).

### ***1.6 Povolené a zakázané v islámu ovlivňující ošetřovatelskou péči***

O tom, co je povolené (halál) a co je zakázané (harám) v muslimském životě se pojednává v Koránu a sunně. Před příchodem islámu byly otázky týkající se povoleného a zakázaného velmi rozšířené. Až islám stanovil určité zásady, které se tak staly určujícími kritérii (7, 37).

První zásadou je přípustnost všech věcí, protože věci stvořené Alláhem a dobrem jsou prospěšné lidem a tudíž přípustné. Další zásadou je, že pouze Alláh má právo určit, co je povolené a co zakázané, ne lidé. Zakázání povoleného a povolení zakázaného se podobá spáchání polyteismu neboli mnohobožství. Touto třetí zásadou islám kárá ty, kdo pomocí své moci rozhodují o povolení a zákazech, ale mnohem přísněji nahlíží na ty, co se pro zákazy vyslovují. Dále pak pokud Alláh něco zakáže, je to pro nečistost a škodlivost. Pátá zásada objasňuje, že povolené je dostačující a zakázané naopak nadbytečné. Další zásady se týkají zákazu všeho, co k zákazům vede, zákazu lživého vydávání zakázaného za povolené a také, že ani dobré úmysly ze

zakázaného neučiní přijatelné. Devátou zásadou je nutnost vyvarování se pochybnému a nejistému. Samozřejmě jsou zákazy pro všechny bez rozdílu, o tom informuje desátá zásada. Islám však myslí i na závažnou nouzi či nutnost a proto v jedenácté zásadě uděluje v případě nutnosti i možné výjimky, které se týkají například jídla (37).

Islám a jeho pravidla tak ovlivňují celý život muslimů, ať už jde například o hygienu, stravování či komunikaci. Jsou to běžné denní činnosti, které jsou významné pro ošetrovatelskou péči muslimských klientů/pacientů. Pro poskytování péče těmto klientům/pacientům je tedy potřebné brát v úvahu a respektovat jejich tradice, zvyky a zásady. K tomu je nutné znát základní údaje o kultuře a umět je aplikovat do praxe (4, 41).

### ***1.6.1 Stravování***

Potravinové rituály předepsané v Koránu zakazují požívat muslimům vepřové maso a výrobky z něj, včetně sádla a pokrmů na sádle připravených. Dále mají zakázané jakékoliv maso ze zvířete, které zemře přirozenou smrtí. Povolené jsou všechny ostatní druhy masa. Z mořských živočichů mohou konzumovat veškeré druhy ryb se šupinami a některé měkkýše (28, 37, 38).

Jelikož je znám škodlivý účinek alkoholu na jedince a také jeho pozdní následky s katastrofickým dopadem na celou rodinu, je islámem jeho konzumace zakázána. Stejně tak je zakázáno požívat léky obsahující alkohol. K zakázaným látkám patří také drogy a kouření, protože působí škodlivě na zdraví člověka a islám povoluje pouze to, co je v lidský prospěch (37).

Pro ošetrovatelskou péči je důležité si uvědomit, že islámská kultura klade vysoký význam na stravovací zvyky. Proto by se mělo při sestavování jídelníčku dbát na druh masa a podávat maso kuřecí nebo hovězí. Lépe je se vyvarovat masu mletému. Zdravotnický personál by neměl být překvapen dotazem rodiny, zda by mohli svému blízkému vařit sami. Možná kvůli jistotě, aby nedostal ve stravě opravdu nic zakázaného. Proto je nutné navázat mezi zdravotníky, rodinou a nemocným důvěryhodný vztah (17, 40, 41).

Dalším specifickým, se kterým se může sestra v průběhu hospitalizace muslimského klienta/pacienta setkat, je půst v měsíci ramadánu. Jak již bylo řečeno, existují výjimky pro čas půstu. Klient/pacient však může chtít dodržovat půst i v nemocnici. Proto by sestra měla vědět, že podávání parenterální výživy je povolené. A že musí postupovat v zájmu jeho zdraví (17, 41).

### ***1.6.2 Hygiena a způsob oblékání***

Potřeba hygieny je pro muslimy velice důležitá už jen z toho důvodu, že se musí omývat několikrát denně k modlitbám. K provádění čistých věcí je určena pravá ruka, proto by si měl každý člen zdravotnického personálu dávat pozor, aby muslimům nepodařilo nic levou rukou. Mohli by to brát jako urážející gesto (6,40).

Další povinností ohledně hygieny pro muslimy je čištění zubů častěji jak jednou denně, odstraňování chlupů v podpaží třikrát týdně a v oblasti genitálů jednou za čtrnáct dní. Jedním ze specifík týkajících se hygieny je také to, že po použití toalety je vyznavači islámu upřednostňována očista vodou před použitím toaletního papíru. Je to věc, která vyplývá z potřeb těchto klientů/pacientů, a proto by sestra měla po použití podložní mísy připravit k očištění také vodu (6, 17).

Hygiena má svá pravidla také při narození dítěte, nebo při smrti člověka. Novorozenec musí být po porodu nejprve vykoupán a potom teprve může být podán matce. Při úmrtí muslima se provádí nejprve rituální mytí a poté oblečení těla do rubáše (28).

S hygienou úzce souvisí také péče o vzhled. V islámu je kladen důraz jak na čistotu těla, tak na čistotu oblečení. Muslimům je povoleno nosit slušné čisté oblečení, jehož účelem je zahalit tělo a zkrášlit vzhled. Existují dvě věci, které islám zakázal pouze mužům. První je nosit jakékoliv ozdoby z čistého zlata nebo ze slitiny, v níž zlato převažuje. Druhým zákazem je, že nesmí nosit šaty z čistého hedvábí nebo z látky, ve které převažuje hedvábí (37).

Pro muslimky jsou typickým oblečením skromné šaty a šátek. Islámem je zakázané, aby ženy nosily šaty příliš upnuté, nebo ty, které nezahalují tělo, či jsou průhledné. Muslimové pomocí oděvu vyznávají víru a zachovávají čistotu, proto by jim

mělo být v nemocnici povoleno nosit alespoň část jejich oblečení, kterou považují za nezbytnou (6).

Oděv žen i mužů je důležitý také proto, že zakrývá nahotu a chrání tak jejich intimitu. Intimitu muslimů v nemocnici lze dodržovat jednoduchým opatřením, kdy ošetření ženy má na starost lékařka a ošetření muže lékař. Pokud však není možné, aby se o ženu postarala lékařka, musí být manžel požádán o výjimku, že bude ženu ošetřovat muž lékař. Následně se ošetření provede pouze za přítomnosti manžela (9, 28, 41).

### ***1.6.3 Manželství a rodinný život***

Manželství je považováno za svazek posvátný. Islám muslimy ve sňatcích podporuje, ale zároveň určuje kategorie žen, se kterými je zakázáno se ženit. Zákaz se týká například žen pokrevně příbuzných, vdaných žen, polyteistek nebo ateistek. Se sňatkem musí každá žena či dívka souhlasit a nesmí být nucena, aby došlo k trvalému a úspěšnému vztahu. Islám však předpokládá, že manželství může přestat fungovat a je možné použít rozvod. Rozvod je však povolen až jako poslední řešení problémů a překážek a musí s ním souhlasit obě strany. A co se týče polygamie (mnohoženství), ta je Koránem ve výjimečných případech spíše tolerovaná než doporučovaná (11, 37, 41, 50).

Pro muslimy je jednou z nejdůležitějších hodnot života rodina, znamená pro ně jistotu a zaopětření. Autoritou v rodině je muž, který ji také reprezentuje a komunikuje se zevním světem. Jeho hlavním úkolem je rodinu finančně zabezpečit a chránit. Pro muslimské rodiny je typické, že žije více generací pohromadě, což souvisí s jejich vysokou soudržností. Jedním z rodinných zvyků je, že se o nemocného v muslimských zemích starají příslušníci rodiny, nosí mu jídlo nebo s ním dokonce přenocují v nemocnici. Omezená návštěvní doba, typická pro naše zdravotnická zařízení, tak může v těchto klientech/pacientech vyvolávat pocit izolovanosti a opuštěnosti. Proto by zdravotníci měli být připraveni na početné návštěvy v průběhu hospitalizace vyznavače islámu. Jelikož má islám přísná pravidla týkající se kontaktu s osobami opačného pohlaví, je běžné, že příbuzní doprovází nemocného i na vyšetření. Časté je to hlavně u

žen klientek/pacientek, které jsou doprovázeny manželem, nebo ho může zastoupit jiná příbuzná žena (5, 6, 17).

### ***1.6.3.1 Antikoncepce a potraty***

S manželstvím a plánováním rodinného života je vhodné se zmínit o antikoncepci a potratech, které spolu úzce souvisí. Stejně tak jsou důležité z hlediska znalostí zdravotnických pracovníků. Ti by měli vědět, že islám oslovuje muslimy, aby měli hodně dětí, ale antikoncepci nezakazuje. Přestože tedy muslimům povoluje bránit se otěhotnění, striktně zakazuje přerušit těhotenství, jakmile k němu dojde. Výjimkou je, pokud by těhotenství mělo vyústit ve smrt matky nebo pokud je prokázáno, že by se dítě narodilo poškozené či znetvořené, v těchto případech šari‘a potrat povoluje. Potrat je také povolen, pokud k otěhotnění došlo po znásilnění a existuje zde obava z psychických traumat matky. Musí k němu podepsat souhlas oba partneři (28, 50).

### ***1.6.3.2 Oplodnění a adopce***

Dítě je nositelem vlastností obou rodičů a zároveň pokračovatelem rodu. Jelikož islám dělá vše proto, aby byla zachována rodová linie, nepovoluje umělá oplodnění, pokud je dárce semene někdo jiný než manžel. Rodovou linii zachovává tím, že je zakázané také cizoložství a zákonná adopce.

Zákonnou adopcí je myšleno právní adoptování dítěte, kdy se stává dítě členem rodiny, získává dědická práva a má povolení stýkat se i s ostatními členy domácnosti. Tento druh adopce se stal ještě před příchodem islámu rozšířeným zvykem. Islám ale zákonnou adopci zakázal. Slovo adopce se dá použít také ve smyslu, který není islámem zakázaný. Jde o situaci, kdy je mužem do rodiny přiveden sirotek nebo nalezenec za účelem výchovy a vzdělání. Je mu poskytnuta péče, jako by šlo o dítě vlastní, ale nedostává stejná práva, která šari‘a vyhrazuje vlastním dětem. Adopce za účelem výchovy a vzdělání je tedy islámem povolena a je považována za chvályhodný skutek. Muž, jenž tento skutek vykoná, bude odměněn uvedením do Ráje (37).



### **1.6.3.3 Postavení žen**

Do kapitoly manželství a rodinný život také spadá problematika postavení žen v islámu. O tom, jaké postavení žen v islámu vlastně je, se často diskutuje. Tyto polemiky vznikají mezi muslimy a jejich kritiky a bývají provázeny silnými emocemi. V předchozích textech, jako například v kapitole manželství a rodinný život, antikoncepce a potraty nebo hygiena a oblékání, bylo již o problematice postavení žen v islámu zmiňováno. Nyní se budeme věnovat samotnému islámskému postoji k ženám, který je pro zdravotníky také velmi důležitý (23).

Aby nedocházelo k předsudkům nebo pocitům, že je žena muslimka diskriminována, je nutné vědět, že je islámem vnímána, jako rovnoprávný partner muže v rozmnožování lidstva. Stejně tak je žena s mužem rovnoprávná ve sdílení osobních a společných povinností. Je považována za nezávislou osobu. Také jako muž má stejný přístup ke vzdělání a vědění, má právo na svobodu názoru, které se berou v úvahu. Ženám je také islámem zaručené právo uzavírat smlouvy, podnikat a mít oddělené vlastnictví. Stejně tak pokud žena provede nějaký přestupek, je trestána jako muž. Muž a žena jsou si tedy před bohem rovni, ale nejsou totožní. Rozdílem je, že muž rodinu hmotně zabezpečuje, kdežto žena ji vytváří. V islámské legislativě nalezneme, že musí být respektována a ochraňována cudnost ženy, muslim se nesmí dopustit násilí na ženě a jsou mu zakázány všechny mimomanželské vztahy (13, 25, 50).

Muslimským ženám plynou také určité výhody z jejich postavení. Muslimky jsou v určitých případech osvobozeny od některých náboženských povinností, dále jsou osvobozeny od veškerých finančních závazků, nemusí se podílet na rodinných výdajích ani nemusí pracovat a zároveň manžel nemá nárok na žádnou část jejich majetku (50).

### **1.6.4 Obřady na cestě životem**

Povolené a zakázané pojednává o etapách životního cyklu muslimů, ve kterých významnou roli hrají obřady životního postupu. Obřady na cestě životem začínají ihned po narození a pokračují i po smrti při vzpomínkových obřadech. Islámské obřady provází celý život muslimů (7).

**Obřad týkající se narození a pojmenování dítěte** má určená pravidla. Ihned po narození má být dítě vykoupáno a teprve potom podáno matce. Novorozenci je pošeptána do pravého ucha výzva k modlitbě a do levého ucha její začátek. Tento rituál může provádět matka, otec nebo i porodní asistentka. Účelem je, aby první co novorozenec uslyší, se týkalo muslimské víry. Pojmenování dítěte se koná sedmý den po jeho narození. Součástí obřadu je i ustříhnutí pramínku vlasů. Koránem je určena také délka kojení. Dítě by mělo být kojeno po dobu dvou let. Důvodem pro uspořádání obřadu nebo slavnosti je u muslimů také například první zoubek dítěte.

**V dětství se provádí obřad bismilláh** (ve jménu Božím). Když jsou dítěti čtyři roky čtyři měsíce a čtyři dny, učí ho žehnací formuli, která má být počátkem pozdějšího studia Koránu. Obřadem, který není povinností, nýbrž záslužným činem, je **obřízka**. Provádí se u chlapců mezi sedmým až dvanáctým rokem. Prostřednictvím obřízky je chlapec přijat do společenství muslimů a je mu uspořádána velká rodinná slavnost. Někde je prováděna také obřízka žen.

**Dalším obřadem je svatba**, tento obřad však ošetřovatelskou péčí nijak neovlivňuje, na rozdíl od **obřadu souvisejícího se smrtí** (19, 28).

### **1.6.5 Problematika umírání a smrti**

Problematika umírání a smrti patří k nejobtížnějším emocionálním činnostem sestry. Zajišťování potřeb umírajícího si vyžaduje individuální přístup sester, který je ovlivněn i potřebami spirituálními. Proto by sestry měly mít přehled o zvycích muslimů v této fázi života a zajistit jejich dodržování zdravotnickým personálem (6, 18).

Pokud je přijat k hospitalizaci muslim v ohrožení života, je z etického hlediska povinností zdravotníků, aby informovali islámské centrum. Každý muslim u sebe většinou má listinu, kde je mimo jiné i telefonní číslo na toto centrum. Umírající muslimský klient/pacient a jeho rodina budou vyžadovat, aby seděl nebo ležel s tváří obrácenou k Mekce, a aby mu mohli předčítat z Koránu. Sestra by těmto požadavkům, pokud je to možné, měla vyhovět. Rodina vyžaduje být nablízku umírajícímu. Pokud jde o muže, dovoluje se to dle jeho stavu. U žen může být přítomnost muže pouze s jejím souhlasem a také dle jejího stavu. Přítomnost rodiny u umírajícího člověka

poskytuje morální podporu umírající osobě, vykonávání náboženských obřadů a recitace (6, 28).

Smrt byla dříve v islámských zemích definována jako okamžik, kdy přestanou pracovat srdce a plíce. V současné době se islám od této definice odklání a přijímá jako rozhodující kritérium smrt mozku. Jakmile tedy nastane smrt, měli by zdravotničtí pracovníci vědět, že oči smí muslimovi zatlačit pouze blízký příbuzný. Dále, že hygienu (rituální omytí) a oblečení těla obstarává také rodina. Pokud není možné navázat kontakt s rodinou či členy komunity, může tyto obřady vykonat zdravotník (28).

#### ***1.6.5.1 Život zachraňující zákroky, eutanázie a transplantace***

Jelikož mluvíme o smrti a umírání měli bychom znát názor muslimů na eutanázii a život zachraňující zákroky. Islám povoluje lékařům použít všechny dostupné prostředky k záchraně života či k prodloužení života muslima. Pro sesterskou činnost je důležité, že jsou povoleny také transfuze krve, a to i od dárců neislámského přesvědčení. Zároveň však není povinné pokračovat ve výkonech, které prodlužují utrpení člověka. Je tedy možné v některých případech odpojit klienta/pacienta z přístroje, který udržuje jeho základní životní funkce. Je nutné však zdůraznit, že eutanázie aktivní i asistovaná sebevražda jsou zakázané.

Další problematikou v islámu v souvislosti s ošetrovatelskou péčí je transplantace. V islámu je transplantace povolena pouze, jde-li o dar živého dárce jiné živé osobě. Transplantace orgánů z mrtvého těla je nepřípustná, pokud není dán souhlas ještě za jeho života. Nutný je také souhlas rodiny (28).

#### ***1.6.5.2 Pitva a pohřeb***

Se smrtí úzce souvisí i pitva, která je v islámu zakázaná, protože tělo již nepatří zemřelému ani pozůstalým, ale náleží Alláhovi. Ovšem pokud zákony země, kde muslim zemřel, pitvu vyžadují k určení příčiny smrti, je islámem povolena. Zde je však potřeba umění komunikace ze stran zdravotníka, aby byl pozůstalým srozumitelně vysvětlen důvod. Po vykonání pitvy následuje příprava na pohřeb.

Pohřeb by měl podle islámského zákona probíhat pokud možno ten den, kdy muslim zemřel, jinak je nutné provést obřad co nejdříve. Dříve převládalo převážení zesnulých do původních vlastí, později se ujalo pohřbívání ve vlasti nové. Je však nutné vědět, že muslimové zásadně odmítají kremaci. V Koránu je pojednáváno o tom, že muslim by měl přijmout smrt jako každou jinou katastrofu důstojně. Nářky a truchlení jsou v islámu přísně zakázány, tradice říká, že to způsobuje zemřelému v hrobě utrpení. Za nejlepší vyjádření úcty se v islámu považuje recitace Koránu (7, 22, 28, 37, 44).

### ***1.7 Zdravotnická etika v islámu***

Podle Koránu je lidský život drahocenný dar od Alláha. Povinností muslimů je tedy život uchovávat a použít jej pro slávu a radost ve službě Alláhu. Zdravotnická etika v islámu tedy vychází z posvátnosti lidského života lidí a z nutnosti chránit jeho hodnoty. Proto je nutné dodržovat stanovené zásady pro péči o muslimy.

Mezi hlavní zásady patří respektování jedincovi autonomie a odpovědnosti. To znamená, že klient/pacient má právo o sobě rozhodovat, pokud je schopen porozumět svému zdravotnímu problému. Další zásadou je prospívat klientovi/pacientovi přijímáním rozhodnutí, která jsou prospěšná a vedou k pozitivnímu jednání. Dále pak neuškodit klientovi/pacientovi vyvarováním se postupů, které by mohly poškodit jeho zdraví nebo ho ohrozit na životě (28).

### ***1.8 Model kulturně uzpůsobené a ohleduplné péče aplikovaný na vyznavače islámu***

Pro poskytování péče sestrami a ostatním zdravotnickým personálem je na prvním místě sběr informací, od kterého se odvíjí jejich další činnost. Chování člověka ve zdraví a nemoci ovlivňuje jeho kultura. Proto je nutné z hlediska sběru informací také kulturní ošetřovatelské zhodnocení klienta/pacienta (kulturně svébytného jedince) dle modelu Gigerové a Davidhizarové.

Kulturně svébytným jedincem je tedy vyznavač islámu neboli muslim. U takového člověka hraje velkou roli, odkud pochází, jestli je přistěhovalec, zda se narodil muslimským rodičům až na území České republiky, nebo zda jde o českého občana

konvertujícího k islámské víře. Významným faktem je tedy také délka pobytu pacienta/klienta v zemi. V následujících kapitolách budou podrobně probrány položky modelu zaměřené na vyznavače islámu, které usnadňují a urychlují kulturně ohleduplné ošetrovatelské hodnocení s vhodně volenými intervencemi (31).

### ***1.8.1 Položka modelu I – komunikace***

V této části modelu je nutné zjistit specifika komunikace muslimských klientů/pacientů. Každá komunikace ve zdravotnictví je důležitá z hlediska interakce mezi sestrou a klientem/pacientem. K předávání informací dochází jak pomocí komunikace verbální tak i neverbální. V multikulturním/transkulturním ošetrovatelství je potřebné, aby sestra znala specifika týkající se komunikace a předešla tak vzniku komunikačních bariér. Komunikační bariéra totiž nevzniká pouze neovládáním jazyka typického pro kulturu, ale také neporozuměním kultuře, národu či etniku (17, 31).

Při péči o vyznavače islámu se může objevit problém v komunikaci ihned, pokud klient/pacient neovládá český jazyk, proto se musí sestra zabývat, jakým jazykem nemocný hovoří. Přestože klienti/pacienti většinou přicházejí v doprovodu osoby schopné překládat, musí být zdravotnický personál připraven i na situaci opačnou. V takovém případě je vhodné kontaktovat překladatele nebo využívat pomůcek, jako jsou piktogramy či slovník. Vhodné a velice prospěšné je také pokud má nemocnice k dispozici informační brožury v různých jazycích. Součástí této položky modelu jsou také charakteristika hlasu, způsob vyjadřování a výslovnost (6, 46).

Z neverbální komunikace si sestra musí všimnout haptiky (podání ruky, dotek), posturologie (řeč těla), kineziky (řeč pohybů), gestiky (řeč rukou), gest a pohledů. Pro sestru je důležitá zásada, nepodávat muslimům nic levou rukou, protože slouží k nečistým věcem. Klient/pacient by tento projev mohl považovat za urážku nebo nevychovanost. Problematická jsou také gesta a doteky útěchy (držení za ruku, hlazení po čele), zejména pokud jde o osoby opačného pohlaví, protože tělesný kontakt mezi cizími muži a ženami je v islámské kultuře tabu. Významnou roli v komunikaci muslimů hraje zrakový kontakt. Pomocí zrakového kontaktu se při komunikaci sleduje zájem či nesouhlas komunikujících. Je nutné si uvědomit, že je to možné jen u osob

stejného pohlaví. U muslimských žen se totiž jejich skromnost projevuje také tím, že se vyhýbají pohledu do očí jiných mužů. Proto u žen na veřejnosti vidíme většinou sklopený zrak (17, 31, 46).

Každá komunikace začíná pozdravem, protože pozdrav je gestem zdvořilým. V muslimském náboženství je potřásání rukou při setkání či loučení neobvyklé. U ortodoxních muslimů je tělesný kontakt, tedy podání ruky dokonce tabu. Odmítají podat ruku člověku opačného pohlaví. Pokud muslim žije delší dobu v jiné zemi, význam podání ruky zná. Někteří se k tomuto zvyku připojují a podání ruky neodmítnou, ba dokonce pokud jim lékař ruku nepodá, mohou to brát jako urážku. Zdravotnický personál se může při pozdravu setkat také s gestem, že si přes svou ruku muslim přehrne kus látky nebo i rukáv. Sestra musí vědět, že toto gesto vzniká, když muslim řeší dilema mezi cizí a svou kulturou a nemělo by se jí dotknout, ani pokud muslim podání ruky odmítne. Odmítnutí pozná tak, že má klient/pacient většinou ruce založené za zády. K pozdravu patří také oslovení. Při prvním setkání je vhodné se zeptat klienta/pacienta, jak si přeje být oslovován. „Muslimové nepoužívají příjmení. Jedno jméno dostávají po dědovi, jedno po otci a své vlastní dostanou při narození“ (6, s. 192). Jména u muslimů mají vždy hlubší význam (6).

Jedním z komunikačních témat ve zdravotnictví je sdělování diagnózy. U muslimů je typické, že se sdělují přednostně rodinným příslušníkům. Důvodem je, aby byl klient/pacient chráněn a neztratil naději, hlavně pokud se jedná o diagnózu závažnou. Závažné diagnózy bývají rodinou často záměrně tajeny. V našich podmínkách ke sdělování diagnózy rodině musí však dát nejprve klient/pacient souhlas. Pro komunikaci je dobré, se domluvit s rodinou na jednom zástupci, se kterým budou lékaři komunikovat. On pak bude informovat všechny ostatní. Protože u muslimů starost o nemocného přebírá celá rodina a celá rodina také chce být o stavu jejich člena informována. Mohlo by tedy dojít k tomu, že by lékař a ostatní zdravotnický personál odpovídali neustále na tytéž otázky (17).

Pro zdravotnický personál je také dobré vědět, že existují témata, která mohou vyvolat odmítavé reakce klienta/pacienta vyznávajícího islám, proto je nutné při sběru informací postupovat obezřetně. Mezi tyto tabuizovaná témata se řadí rodinné a intimní

problémy a to převážně když klient/pacient komunikuje s osobou opačného pohlaví. Otázka na rodinný stav je vnímána svobodnými nebo staršími jako nepříjemná, protože nebýt v manželském svazku je považováno za poskvrnu. Dalším z témat je počet dětí u svobodných muslimských žen, jelikož mimomanželský pohlavní styk je zakázán. Stejně tak může být tento dotaz vnímán jako urážka vdané bezdětné ženy. Může mít totiž pocit, že je jí její bezdětnost vyčítána. Běžné denní dotazy ošetřujícího personálu jsou zaměřené například i na vyprazdňování. Muslimové se o tělesných projevech jako je močení, stolice, výtok či menstruace u žen, stydí hovořit (6, 17).

Pro komunikaci je důležité mít jednak znalosti o kultuře, ale také dodržovat všeobecné zásady. Mluvit pomalu, zřetelně a používat jednoduché věty. Zpětnou vazbou si ověřit, zda klient/pacient všemu rozuměl. Projevovat zájem o klienta/pacienta. Na komunikaci si vyhradit dostatek času, nespěchat. Důležité je vyhýbat se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu (31).

### ***1.8.2 Položka modelu II – Interpersonální prostor***

Interpersonální prostor úzce souvisí s komunikací. Narušení prostoru klienta/pacienta může způsobit pocit nepohody a narušení interakce mezi ním a sestrou (46).

Je potřebné vědět, že muslimové nepreferují velký odstup v osobní zóně, ale zároveň je u ortodoxních muslimů zakázán jakýkoliv tělesný kontakt opačných pohlaví. Při komunikaci jde tedy o blízkou vzdálenost asi na dva kroky, aby byl udržen kontakt očí komunikujících (31).

Určitý prostor v nemocnici potřebují vyznavači islámu pro své modlitby, proto je nutné zajistit nerušené prostředí a soukromí. Důležitou zásadou je také, aby nikdo nepřecházel před modlícím se vyznavačem islámu (6, 28).

### ***1.8.3 Položka modelu III - sociální začlenění***

Tato část kulturního zhodnocení se týká závažnosti zdravotního stavu klienta/pacienta, který je individuální, dále pak jeho postavení v rodině a celkové rodinné anamnézy.

Hlavou rodiny je muž, později jeho roli přejímá nejstarší syn. Jejich povinností je rodinu finančně zabezpečit, chránit manželku děti a všechny ostatní ženy v rodině. Rodinu také reprezentují navenek. Rodina je pro muslimy základem. Proto se v nemocnici setkáme s potřebou rodiny starat se o své blízké i v průběhu hospitalizace. Vyžadují být svým nemocným členům rodiny nepřetržitě nablízku (17).

Islám vyžaduje, aby děti byly ke svým rodičům laskavé, poslušné a měly je v úctě. Zakazuje jim rodiče urážet nebo proklínat, protože by se dopustily velkého hříchu (37).

### ***1.8.4 Položka modelu IV – pojetí času***

V kultuře muslimů není pojem čas přesně vymezen a tím pádem ani dodržován. Pro muslimy je tedy pojetí času velice flexibilní bez striktně vymezených hranic. Vnímání času podléhá přirozenému rytmu života muslimů a jejich společnosti. Důležitou informací je, aby sestry věděly, že vyžadování dochvilnosti po klientech/pacientech vyznávajících islám je vnímáno jako nezdvořilý a netaktní přístup (34).

Základní informací je, že k jinému vnímání času dochází v postním měsíci ramadánu. Kdy se vyznavači islámu v průběhu noci věnují modlitbám a vyznávání víry. Pro tělo to ovšem představuje i velkou míru zátěže, protože muslimové v noci méně spí, ale více jí a pijí. Tím také dochází k poruchám koncentrace a celkové slabosti (16).

V oblasti vnímání času je nutné také zdůraznit, že se muslimové pětkrát denně modlí. Občas však cítí potřebu pomodlit se i mimo stanovené časy modliteb, nebo některou modlitbu posunout či spojit několik modliteb dohromady, s tím musí sestra počítat a nerušit klienta/pacienta při vyznání víry (28).



### ***1.8.5 Položka modelu V – vliv prostředí a výchovy***

Život muslimů ovlivňuje Korán, který je zdrojem jejich zákona. Jsou v něm obsaženy předpisy, zákazy a povolení v každodenním životě muslimů. Pouze Alláh má právo k povolením a zákazům, ale zakazuje jen ty věci, které jsou škodlivé. Do vlivu prostředí a výchovy řadíme tedy vliv víry a z velké míry vliv rodiny (7, 37).

Edukace těchto klientů/pacientů při poskytování ošetrovatelské péče je úspěšná, pokud je využita kvalitní komunikace. Proto je nutné mít znalosti o specifických komunikace a všech dostupných možnostech při komunikaci, kde se vyskytne jazyková bariéra (28, 31).

Pro sestru je důležitou informací, že si sebou muslim do nemocnice bere modlitební koberec a Korán. Pro muslima jsou tyto předměty klíčové a zdravotnický personál a ani spolupacienti by na ně neměli nic pokládat, dotýkat se jich. Pro uzpůsobení prostředí v nemocnici by bylo vhodné určit místo jako tzv. modlitebnu. Tyto prostory však není možné využívat k jiným účelům. Vhodné je, pokud je u zvoleného prostoru také hygienické zařízení pro vykonání rituálního omytí

Islám je proti pověrám, mýtům a magii, stejně tak nevěří na pomoc talismanů a amuletů v prevenci či léčbě nemoci. Je však možné, že bude mít muslim stuhu, řetízek či přívěsek, kde budou citáty z Koránu. Sestra by měla respektovat význam jejich nošení a násilím je klientům/pacientům neodebírat (17, 28, 37).

### ***1.8.6 Položka modelu VI – biologické odlišnosti***

Poslední položkou modelu jsou biologické odlišnosti člověka, v tomto případě vyznače islámu. Biologické odlišnosti stanovuje sestra na základě fyzikálního vyšetření klienta/pacienta, u kterého posuzuje: tělesnou konstituci a typ postavy, barvu pokožky a její možné pigmentace, vlasy a jejich hustotu i barvu, hmotnost, výšku a také další viditelné znaky. Do posuzování biologických odlišností patří také laboratorní vyšetření.

Pro tuto část modelu jsou důležité cílené dotazy zaměřené na oblast onemocnění typických pro klientovu/pacientovu rodinu. Dále se zaměřují na rodinné zázemí a

reakce rodiny pokud jeden z jejich členů onemocní. Také se nesmí opomenout oblast stravování a stravovacích zvyků. Důležitým tématem této složky modelu je i oblast hygieny, její povinnosti, rituální hygiena, zvyky v oblékání muslimů (46).

### ***1.9 Souhrn informací z ošetrovatelské péče***

„Muslimové přijímají nemoc i smrt s trpělivostí a modlitbami. Považují nemoc za zkoušku a útrapy berou jako svého druhu pokáním za své předchozí hříchy. Mohou však vyhledat zdravotnická zařízení a očekávají kvalifikovanou lékařskou i ošetrovatelskou péči“ (28, s. 13). Pro poskytování kvalifikované ošetrovatelské péče je vhodné se řídit několika pravidly. Pravidla, která budou dále uvedena, jsou částečně doplněným shrnutím předchozích kapitol.

Při ošetrování vyznavačů islámu, je vhodné si nejprve zjistit, zda u klienta/pacienta nedošlo ke kulturní asimilaci, nebo zda si zachovává zvyky dle své kultury. Poté je dobré si do dokumentace poznamenat jeho vyznání pro udržení kontinuálního adekvátního přístupu k němu. U klientů/pacientů odlišných kultur by se sestra měla snažit hned na počátku hospitalizace o rozhovor, kdy s ním probere kulturní odlišnosti. Tento rozhovor může ve velké míře pomoci komplexní bezproblémové ošetrovatelské péči a spolupráci mezi klientem/pacientem a sestrou.

Pro vyšetření i ošetření muslimských žen, by bylo nejvhodnější, aby je prováděla žena lékařka. Vyšetřování žen muslimek, by se mělo odehrávat za přítomnosti buď jiné ženy, nebo jejího manžela. Aby byl respektován jejich stud a soukromí, měla by být některá vyšetření provedena bez nutnosti svlékání (přes oděv). Samozřejmě jen pokud je to proveditelné. Vyšetření per rektum u žen se provádí jen v nejnutnějších případech. Důležité je věnovat dostatečný čas vysvětlování diagnostických a terapeutických výkonů, které klienta/pacienta čekají. Musí se totiž počítat s tím, že mohou nastat jazykové problémy. Nutné je klienta/pacienta získat ke spolupráci, aby předepsané postupy skutečně dodržoval. Pokud je tedy muslimský klient/pacient hospitalizován, měl by mu zdravotnický personál obstarat stravu, která je v souladu s náboženskými předpisy. Potřebné je brát v úvahu, že v postním měsíci může muslim odmítnout léky podávané perorálně. Zákaz se netýká léčby parenterální a místně aplikovaných léků.

Dále by mu mělo být dovoleno modlit se a číst Korán, při čemž by neměl být rušen jak spolupacienty, tak personálem. Každé modlitbě předchází rituální omytí. Ještě žádné náboženství nevěnovalo takovou pozornost dodržování hygienických zásad. Je to tím, že dle koránu jde zbožnost ruku v ruce s čistotou. Ležící nemocní mohou vykonávat modlitbu bez pohybů těla na lůžku, při kterém by neměli být také rušeni. Na sestře je zajistit tomuto klientovi/pacientovi potřebnou hygienu. Stejně jako ostatní nemocní i muslimové by měli být seznámeni s právy pacientů. Zdravotnický personál by měl být připraven na mnohočlenné návštěvy klienta/pacienta, se kterými je nutné také komunikovat o léčebných opatřeních. Například se domluvit co mohou nemocnému nosit a co má v dané chvíli zakázané (např. ohledně potravin).

V případě úmrtí se očekává péče o zesnulého rodinou. Zdravotnický personál by měl pozůstalým umožnit přípravu těla na pohřeb v duchu islámských tradic (10, 28).

Ze všech těchto pravidel vyplývá, že jsou nutné znalosti sester a připravenost nemocnic, pomocí kterých může zdravotní personál poskytovat kvalitní péči vyznavačům islámu.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Pro diplomovou práci jsme zvolily následující cíle.

1. Zjistit a porovnat znalosti sester jihočeského a jihomoravského kraje týkající se specifík péče vyznavače islámu.
2. Zjistit a porovnat podmínky nemocnic jihočeského a jihomoravského kraje týkající se péče o vyznavače islámu
3. Zjistit, zda předsudky k vyznavačům islámu ovlivňují postoj sester k jejich ošetřování.
4. Vypracovat Standard ošetrovatelské péče o vyznavače islámu ve zdravotnickém zařízení.

### **2.2 Hypotézy**

**H 1:** Sestry jihomoravského kraje mají znalosti v oblasti péče o vyznavače islámu vyšší než sestry jihočeského kraje.

**H 2:** Podmínky nemocnic jihomoravského kraje jsou k péči o vyznavače islámu více uzpůsobeny než podmínky kraje jihočeského.

**H 3:** Předsudky vůči vyznavačům islámu ovlivňují postoj sester k jejich ošetřování.

**H 4:** Vypracování Standardu ošetrovatelské péče o vyznavače islámu ve zdravotnickém zařízení považují sestry za přínos pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče těmto klientům/pacientům.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Pro naplnění stanovených cílů práce byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníků. Byl vytvořen anonymní dotazník, jak pro sestry pracující v nemocnicích jihočeského kraje, tak pro sestry pracující v nemocnicích kraje jihomoravského, aby bylo možné výsledky porovnat (viz. Příloha 3).

Dotazník byl složen z otázek a výroků zaměřených na vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství a znalosti týkající se péče o vyznavače islámu. Dále byl dotazník zaměřen na podmínky nemocnic, za kterých je těmto klientům/pacientům poskytována péče, a také na předsudky sester pracujících v těchto nemocnicích. Jedním z cílů práce bylo vytvořit standard péče o vyznavače islámu, proto byly otázky a výroky zaměřeny na jeho přínos do praxe. Otázek a výroků bylo dohromady 30, byly uzavřené a polootevřené.

Pro zpracování údajů získaných pomocí dotazníků byl vybrán počítačový program Microsoft Excel. A pro přehledné zobrazení srovnávací sloupcové grafy a tabulky.

#### ***3.2 Výzkumný soubor***

Výzkumné soubory byly dva, jedním byly sestry pracující v nemocnicích jihočeského kraje a druhým sestry pracující v nemocnicích kraje jihomoravského.

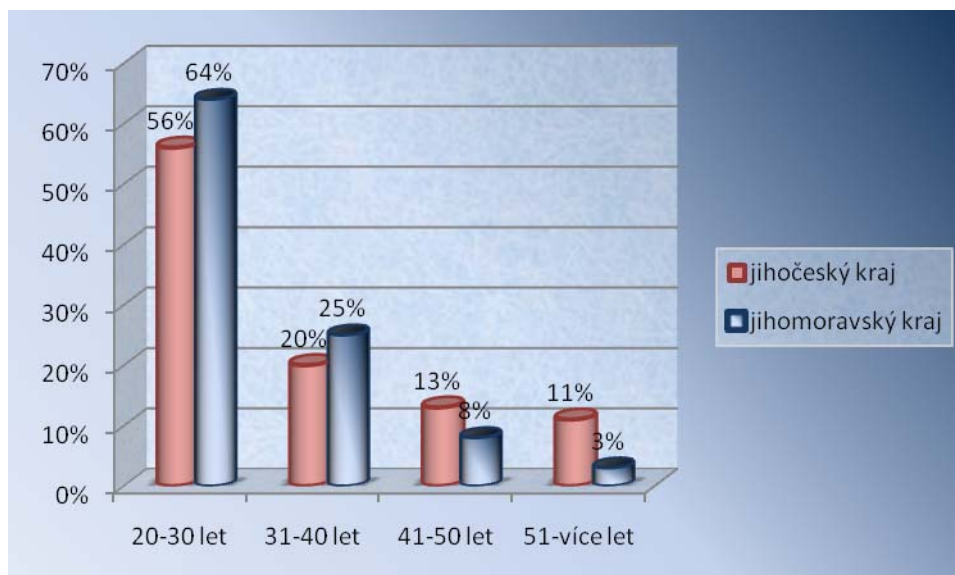
Z kraje jihočeského byly dotazníky rozdány v nemocnicích v Českých Budějovicích, Písku a Prachaticích. V jihomoravském kraji byl výzkum prováděn v nemocnici u svaté Anny v Brně, v nemocnici Delta a také v nemocnici XY (nepřála si být jmenována).

Sestrám jihočeského kraje bylo rozdáno 150 dotazníků, z čehož se jich vrátilo 120 a použitelných bylo 114. Sestrám kraje jihomoravského jich bylo rozdáno 140, vráceno 111 a použitelných pro výzkum 103.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky dotazníků

**Graf 1 Věk respondentů**



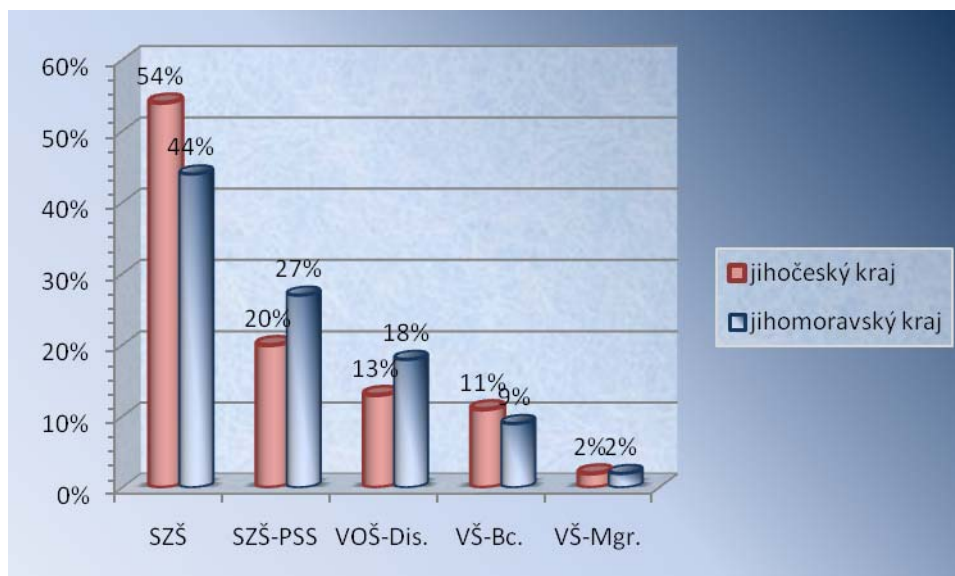
Z jihočeského kraje se výzkum zúčastnilo 114 respondentů (100 %), z toho 64 dotazovaných (56 %) ve věku 20-30 let, ve věku 31-40 let jich bylo 23 (20 %), dále ve věku 41-50 let 15 (13 %) a ve věku 51 let a více odpovídalo 12 (11 %) respondentů. Z kraje jihomoravského odpovídalo 103 respondentů (100 %), z čehož bylo ve věku 20-30 let 66 respondentů (64 %), ve věku 31-40 let 26 respondentů (25 %), dále ve věku 41-50 let bylo 8 dotazovaných (8 %) a ve věku 51 let a více byli respondenti 3 (3 %).

**Tabulka 1 Pohlaví respondentů**

	žena	muž
jihočeský kraj	98 %	2 %
jihomoravský kraj	97 %	3 %

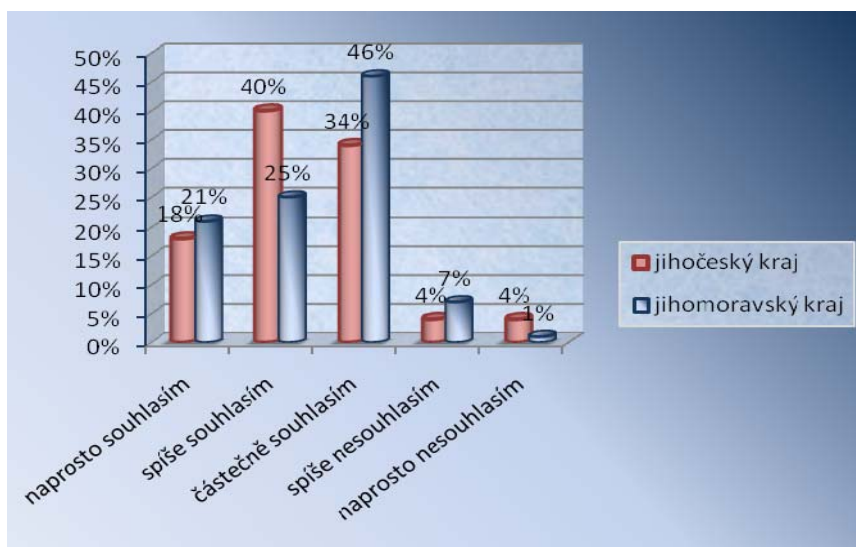
Z jihočeského kraje se výzkumu zúčastnilo 112 žen (98 %) a 2 muži (2 %) a z kraje jihomoravského 100 žen (97 %) a 3 muži (3 %).

**Graf 2 Vzdělání respondentů**



Z jihočeského kraje označilo 61 respondentů (54 %) středoškolské vzdělání, 23 respondentů (20 %) SZŠ-PSS a vyšší odborné vzdělání 15 tázaných (13 %). Bakalářské studium absolvovalo 13 respondentů (11 %) a 2 (2 %) magisterské studium. V kraji jihomoravském bylo středoškolsky vzdělaných sester 45 (44 %), možnost SZŠ-PSS označilo 28 respondentů (27 %). Vyšší odborné vzdělání absolvovalo 19 dotazovaných (18 %), bakalářské studium 9 (9 %) a magisterské studium 2 respondenti (2 %).

**Graf 3 Potřeba znalostí z multikulturního ošetřovatelství**



Na otázku týkající se potřeby znalostí z oblasti multikulturního ošetřovatelství pro výkon povolání odpovědělo z jihočeského kraje 19 respondentů (18 %), že naprosto souhlasí, 46 respondentů (40 %), že spíše souhlasí a částečně souhlasí 39 tázaných (34 %). Možnost spíše nesouhlasím, označilo 5 respondentů (4 %) a odpověď naprosto nesouhlasím také 5 tázaných (4 %). Z jihomoravského kraje naprosto souhlasí 22 dotazovaných (21 %), spíše souhlasí 26 respondentů (25 %) a částečně jich souhlasí 47 (46 %). Spíše nesouhlasí 7 respondentů (7 %) a naprosto nesouhlasí 1 respondent (1 %).

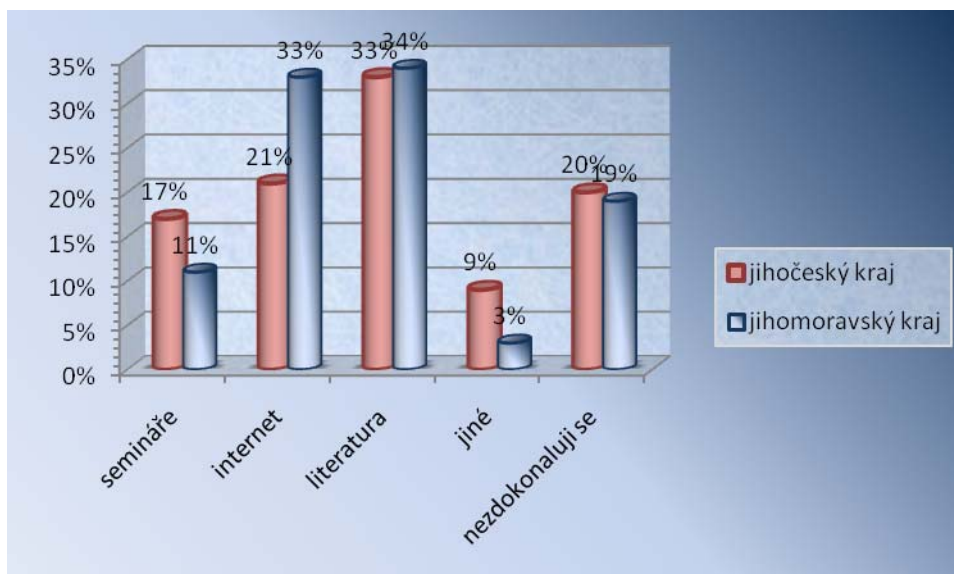
**Tabulka 2 Zajišťování vzdělání**

	ano	nemám informace	ne
jihočeský kraj	15 %	45 %	40 %
jihomoravský kraj	14 %	49 %	37 %

Tabulka informuje o zajišťování vzdělávání nemocnicemi, kde respondenti pracují. Z jihočeského kraje 17 respondentů (15 %) označilo, že jim nemocnice zajišťuje vzdělávání v oblasti multikulturního ošetřovatelství, 51 respondentů (45 %), že nemá informace a že nemocnice vzdělávání nezajišťuje, označilo 46 dotazovaných (40 %). Z jihomoravského kraje odpovědělo ano 14 respondentů (14 %), možnost, že nemají informace, označilo 51 respondentů (49 %) a že jim vzdělání není zajišťováno, označilo 38 tázaných (37 %).



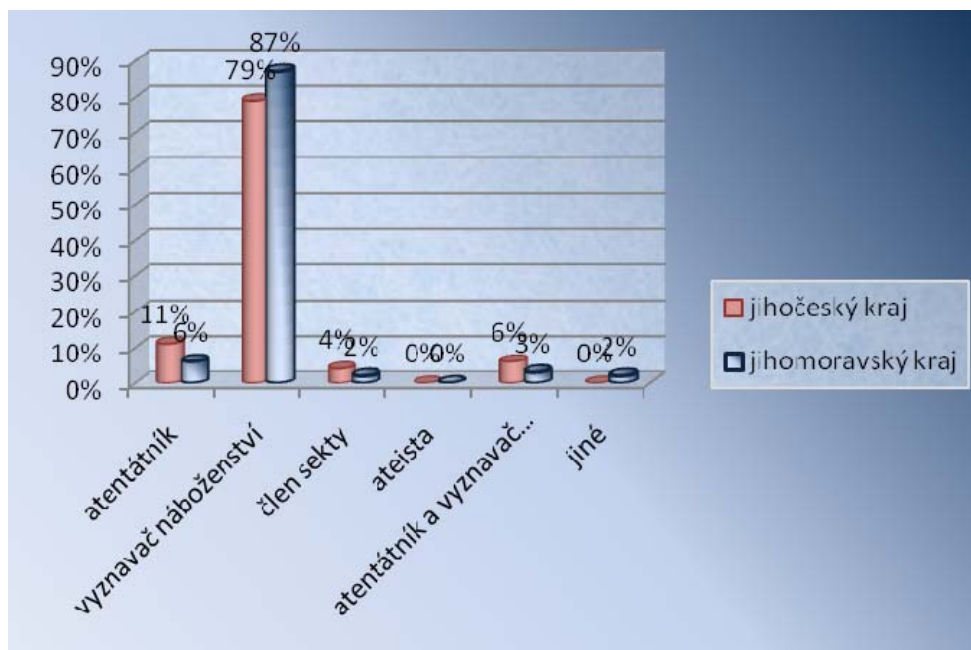
**Graf 4 Způsob vzdělávání**



Jelikož respondenti mohli označit více odpovědí, vychází se u dotazovaných z jihočeského kraje z celkového počtu 163 odpovědí (100 %). Nejčastěji a to 53x (33 %) bylo označeno vzdělávání pomocí literatury, 35x (21 %) byl označen internet. Odpověď, že se respondenti nezdokonalují v dané problematice, byla označena 33x (20 %). 28x (17 %) bylo označeno vzdělávání prostřednictvím seminářů. A 14x (9 %) byla označena varianta jiné než výše uvedené možnosti, z čehož bylo 10x označeno studium na VŠ 3x multimédia a 1x přímý kontakt s vyznavači islámu.

U respondentů jihomoravského kraje byl celkový počet odpovědí, ze kterého vychází graf, 149 (100 %). Jako nejčastější způsob vzdělávání v oblasti multikulturního ošetrovatelství byla 50x (34 %) volena literatura. Druhým nejčastějším způsobem byl 49x (33 %) označen internet. 29x (19 %) bylo respondenty označeno, že se v dané problematice nezdokonalují. 17x (11 %) byl zvolen seminář jako způsob vzdělávání. Možnost jiné byla označena 4x (3 %), z čehož 2x bylo označeno vzdělávání na VŠ, 1x multimédia a také 1x rozhovor s vyznavači islámu.

**Graf 5 Pojem „vyznavač islámu“**



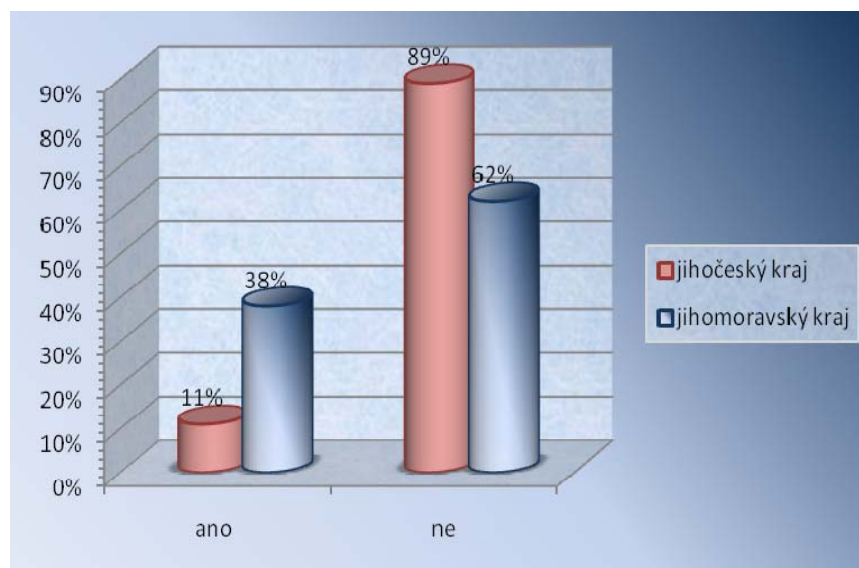
Z grafu vyplývá, že pod pojmem vyznavač islámu si 90 respondentů (79 %) jihočeského kraje představí vyznavače konkrétního náboženství, 12 respondentů (11 %) atentátníka, 7 respondentů (6 %) atentátníka a zároveň vyznavače konkrétního náboženství. Člena sekty označilo 5 dotazovaných (4 %). Variantu ateista a možnost jiné ne zvolil ani jeden respondent. V jihomoravském kraji 90 respondentů (87 %) označilo vyznavače konkrétního náboženství, 6 tázaných (6 %) atentátníka, 3 respondenti (3 %) ateistu a zároveň vyznavače konkrétního náboženství. Stejný počet 2 respondenti (2 %) označili člena sekty a také variantu jiné. K možnosti jiné doplnil 1 respondent, že ho pod pojmem vyznavač islámu napadne fanatik s chybně pojatou prvotní myšlenkou náboženství a druhý respondent, že jde o vyznavače jiného náboženství se zbraní přes rameno. Možnost ateista neoznačil žádný dotazovaný jihomoravského kraje.

**Tabulka 3 Doplněk grafu 5**

odpovědi		atentátník	vyznavač náboženství	člen sekty	atentátník + vyznavač náboženství	jiné
jihočeský kraj	114	12	90	5	7	-
jihomoravský kraj	103	6	90	2	3	2
celkem	217	18	180	7	10	2
celkem (%)	100 %	8 %	83 %	3 %	5 %	1 %

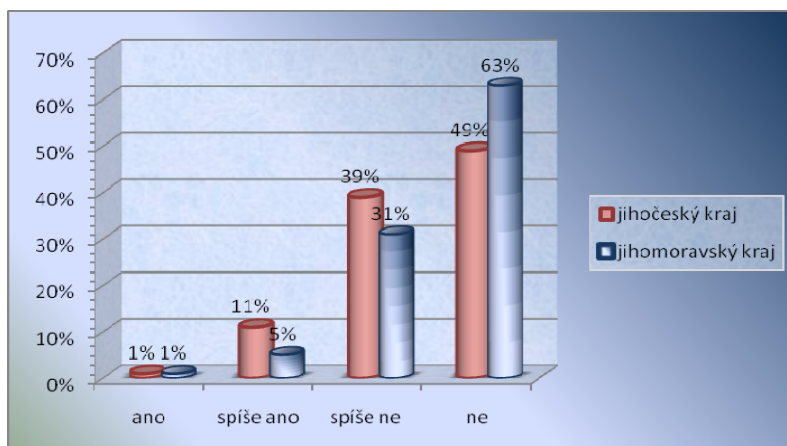
Z tabulky vyplývá, co si pod pojmem vyznavač islámu představují společně respondenti obou krajů. Vycházelo se z celkového počtu 217 respondentů (100 %). 180 tázaných (83 %) si pod tímto pojmem vybaví vyznavače konkrétního náboženství, 18 (8 %) atentátníka, 10 (5 %) atentátníka a zároveň vyznavače islámu 7 respondentů (3 %) člena sekty a 2 dotazovaní (1 %) označilo možnost jiné.

**Graf 6 Setkání respondentů s vyznavači islámu**



Z grafu vyplývá, že v jihočeském kraji se 13 respondentů (11 %) v praxi s vyznavači islámu setkalo, kdežto 101 respondentů (89 %) ne. V jihomoravském kraji se s těmito klienty/pacienty v praxi setkalo 39 respondentů (38 %) a 64 (62 %) se neseťkalo.

**Graf 7 Předsudky ovlivňující péči**



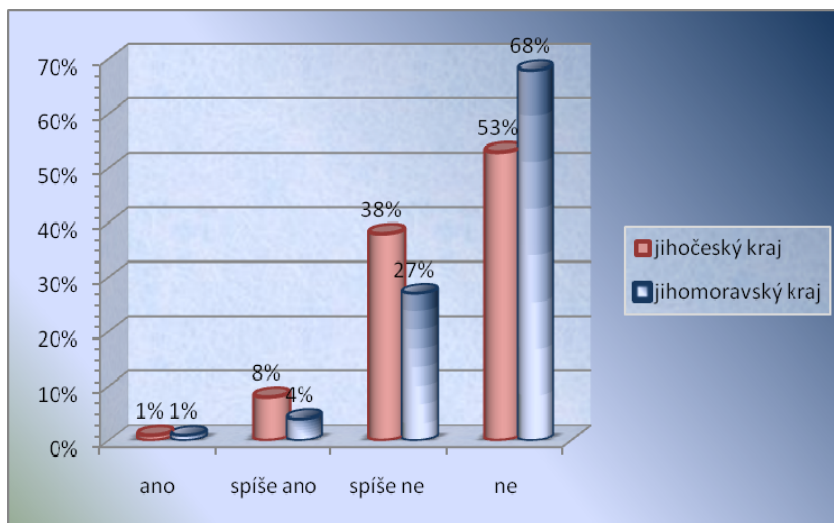
Největší počet respondentů jihočeského kraje, a to 56 (49 %) nesouhlasí, že by jimi poskytovaná péče byla ovlivněna předsudky vůči těmto klientům/pacientům. 45 dotazovaných (39 %) spíše nesouhlasí, kdežto 12 respondentů (11 %) spíše souhlasí a 1 respondent (1 %) souhlasí. V jihomoravském kraji nesouhlasilo 65 respondentů (63 %), spíše nesouhlasilo 32 respondentů (31 %), spíše souhlasilo 5 tázaných (5 %) a stejně jako v jihočeském kraji 1 respondent (1 %) souhlasil s výrokem, že jím poskytovaná péče bude ovlivněna předsudky k vyznavačům islámu.

**Tabulka 4 Doplněk grafu 7**

odpovědi		ano	spíše ano	spíše ne	ne
jihočeský kraj	114	1	12	45	56
jihomoravský kraj	103	1	5	32	65
celkem	217	2	17	77	121
celkem (%)	100 %	1 %	8 %	35 %	56 %

Tabulka 4 nás informuje o celkových společných výsledcích obou krajů. Vychází se z celkového počtu 217 respondentů (100 %), z čehož 2 respondenti (1 %) označili, že jejich poskytovaná péče bude ovlivněna předsudky k vyznavačům islámu. 17 respondentů (8 %) odpověděli spíše ano, spíše ne označilo 77 dotazovaných (35 %) a 121 (56 %) jich označilo, že poskytovaná péče nebude ovlivněna předsudky.

**Graf 8 Předsudky bránící v navázání kontaktu**



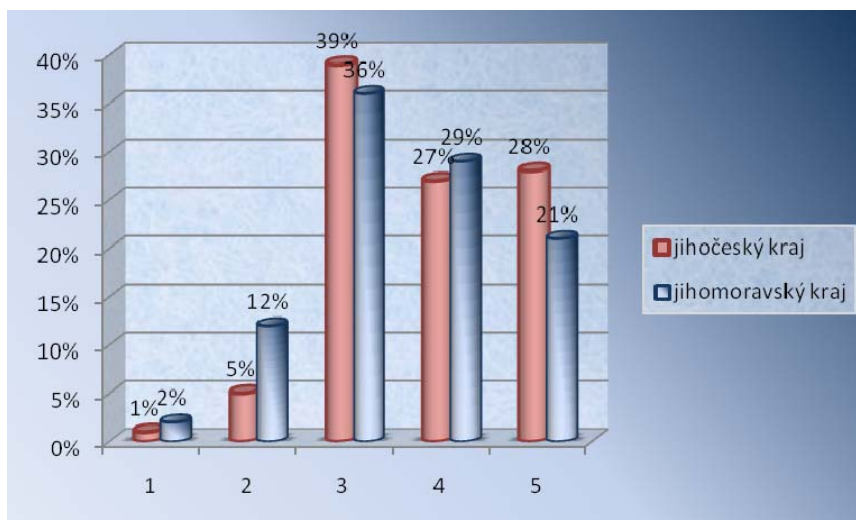
Graf znázorňuje, zda předsudky vůči vyznavačům islámu brání v navázání kontaktu s těmito klienty/pacienty. Z jihočeského kraje 60 respondentů (53 %) označilo možnost ne, 44 (38 %) spíše ne, 9 respondentů (8 %) variantu spíše ano a 1 odpovídající (1 %) ano. U účastníků výzkumu jihomoravského kraje se 70 respondentů (68 %) vyjádřilo, že nebudou ovlivněni v navázání kontaktu předsudky, 28 (27 %), že spíše nebudou ovlivněni a 4 oslovení (4 %), že ovlivněni spíše budou. Pouze 1 respondent (1 %) označil možnost ano.

**Tabulka 5 Doplněk grafu 8**

odpovědi		ano	spíše ano	spíše ne	ne
jihočeský kraj	114	1	9	44	60
jihomoravský kraj	103	1	4	28	70
celkem	217	2	13	72	130
celkem (%)	100 %	1 %	6 %	33 %	60 %

Tato tabulka obsahuje informace o společných výsledcích obou zkoumaných krajů. Vychází se z celkového počtu 217 respondentů (100 %). Výsledky poukazují na to, že 2 respondentům (1 %) budou předsudky bránit k navázání kontaktu s vyznavači islámu. 13 respondentů (6 %) označilo spíše ano. Naopak 72 respondentů (33 %) si myslí, že jim předsudky spíše nebudou bránit a 130 (60 %), že jim bránit nebudou.

**Graf 9 Znalosti v péči o vyznavače islámu**



Z grafu vyplývá, jak respondenti jihočeského a jihomoravského kraje ohodnotili své znalosti týkající se ošetřování vyznavače islámu. Hodnocení bylo na škále 1-5 (hodnocení jako ve škole). Své znalosti známkou 1 ohodnotil 1 respondent (1 %) kraje jihočeského (JČ) a 2 (2 %) kraje jihomoravského (JM). Známkou 2 si dalo 6 respondentů (5 %) v kraji JČ a 12 respondentů (12 %) v JM. Nejčastěji byla dávána známka 3 v obou výzkumných oblastech, a to v JČ kraji 44 (39 %) respondenty a v JM kraji 37 (36 %). Dostatečně, známkou 4 se ohodnotilo 31 dotazovaných (27 %) z JČ a 30 (29 %) z JM. V JČ kraji své znalosti známkou 5 ohodnotilo 32 účastníků výzkumu (28 %) a v kraji JM 22 (21 %).

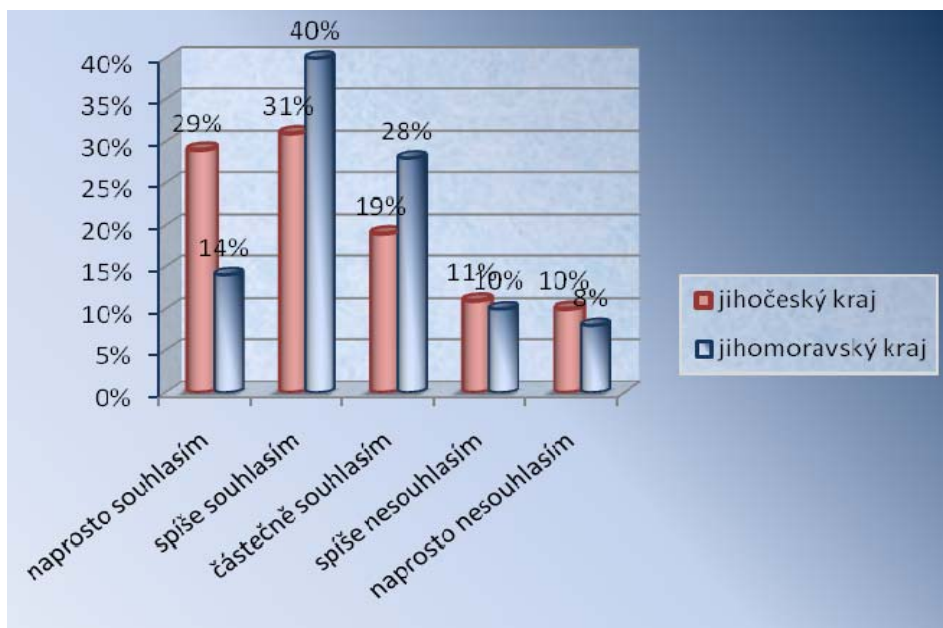
**Tabulka 6 Doplněk grafu 9**

	aritmetický průměr	průměrná známka
jihočeský kraj	3,76	4
jihomoravský kraj	3,56	4

V tabulce je vypočítaná průměrná hodnota známek z výše uvedeného grafu. Průměrná hodnota jihočeského kraje činila 3,76, což zaokrouhleně znamená průměrnou známku 4. Obdobně tomu bylo i u průměrné hodnoty známek jihomoravského kraje, což bylo 3,56 a zaokrouhlená průměrná známka byla taktéž 4.



**Graf 10 Rozdíly v ošetrovatelské péči**



Graf znázorňuje, jak respondenti reagovali na výrok, který se týkal existence rozdílů v ošetrovatelské péči o vyznavače islámu v porovnání s ostatními klienty/pacienty. Z jihočeského kraje naprosto souhlasilo 33 respondentů (29 %) s tím, že rozdíly v péči existují, 35 (31 %) souhlasilo a částečně souhlasilo 22 respondentů (19 %). Naopak s výrokem spíše nesouhlasilo 13 dotazovaných (11 %) a naprosto nesouhlasilo 11 (10 %) respondentů. V kraji jihomoravském naprosto souhlasilo 14 respondentů (14 %), spíše jich souhlasilo 41 (40 %) a částečně souhlasilo 29 (28 %). Dále bylo 11 respondentů (10 %), kteří spíše nesouhlasili a 8 (8 %), kteří naprosto nesouhlasili.

**Tabulka 7 Užívání alkoholu a drog**

	ano	nevím	ne
jihocheský kraj	93 %	3 %	4 %
jihomoravský kraj	81 %	4 %	15 %

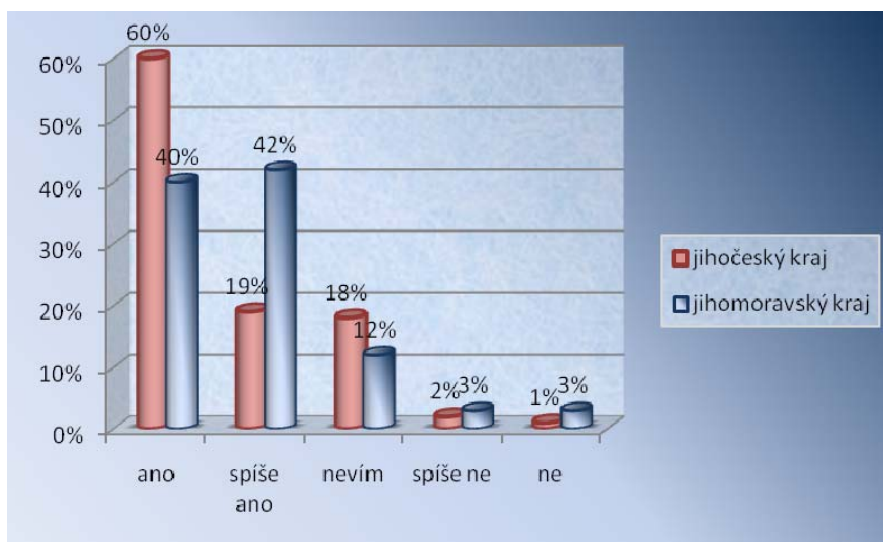
Z jihočeského kraje odpovědělo 106 respondentů (93 %) ano, islám zakazuje užívání alkoholu a drog, odpověď ne označilo 5 respondentů (4 %) a odpověď nevím 3 respondenti (3 %). V kraji jihomoravském označilo odpověď ano 84 (81 %) dotazovaných. Možnost ne označilo 15 (15 %) respondentů a odpověď nevím 4 (4 %).

**Tabulka 8 Užívání léků obsahujících alkohol**

	ano	nevím	ne
jihočeský kraj	80 %	8 %	12 %
jihomoravský kraj	62 %	4 %	34 %

Další znalostní výrok se týkal léků s obsahem alkoholu. Z tabulky vyplývá, že 91 respondentů (80 %) jihočeského kraje odpovědělo ano mohou obsahovat alkohol, 14 (12 %) ne nemohou a nevím 9 respondentů (8 %). V kraji jihomoravském možnost ano mohou označilo 64 (62 %) respondentů, možnost ne nemohou 35 (34 %) a variantu nevím 4 respondenti (4 %).

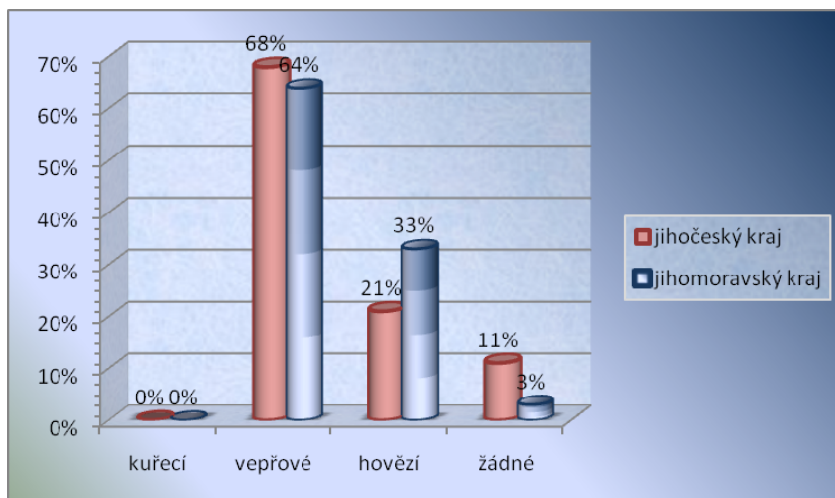
**Graf 11 Ošetřováním vyznavače islámu**



V jihočeském kraji 69 respondentů (60 %) odpovědělo ano, je důležité, aby vyznavače islámu ošetřoval pracovník stejného pohlaví. Spíše ano odpovědělo 22 respondentů (19 %) možnost nevím označilo 20 (18 %) dotazovaných, spíše ne 2 (2 %) a ne 1 (1 %) respondent. V jihomoravském kraji odpovědělo ano 41 respondentů (40 %), spíše ano 43 (42 %) dotazovaných. Možnost nevím označilo 13 (12 %) respondentů. Odpověď spíše ne a ne označili v obou případech 3 dotazovaní (3 %).



**Graf 12 Zakázaný druh masa**



Jako zakázaný druh masa označilo z jihočeského kraje 78 respondentů (68 %) vepřové maso, 24 respondentů (21 %) hovězí a že islám nezakazuje žádný druh masa odpovědělo 12 respondentů (11 %). V jihomoravském kraji za zakázané považuje 66 respondentů (64 %) vepřové maso, 34 respondentů (33 %) hovězí maso a variantu žádné 3 dotazovaní (3 %). V obou krajích možnost, že je v islámu zakázané kuřecí maso neoznačil žádný respondent.

**Tabulka 9 Levá ruka muslimů jako nečistá**

	ano	nevím	ne
jihočeský kraj	72 %	12 %	16 %
jihomoravský kraj	73 %	6 %	21 %

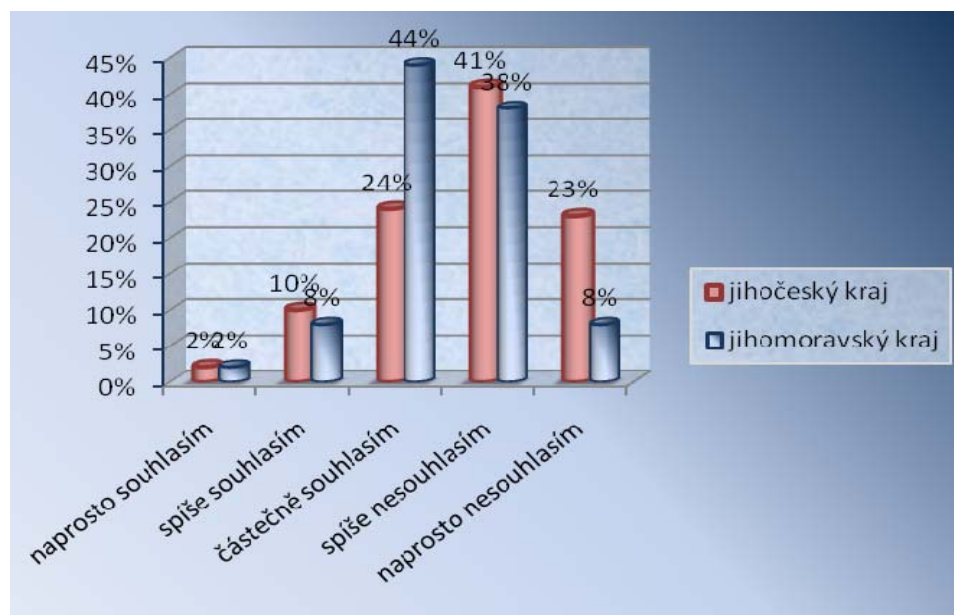
Podle respondentů jihočeského kraje 82 respondentů (72 %) označilo ano muslimové považují levou ruku za nečistou, 18 respondentů (16 %) ne a 14 (12 %) respondentů nevím. V kraji jihomoravském označilo ano 75 (73 %) účastníků výzkumu, ne 22 (21 %) a nevím 6 (6 %) respondentů.

**Tabulka 10 Parenterální výživa v období půstu**

	ano	nevím	ne
jihocheský kraj	33 %	23 %	44 %
jihomoravský kraj	47 %	6 %	47 %

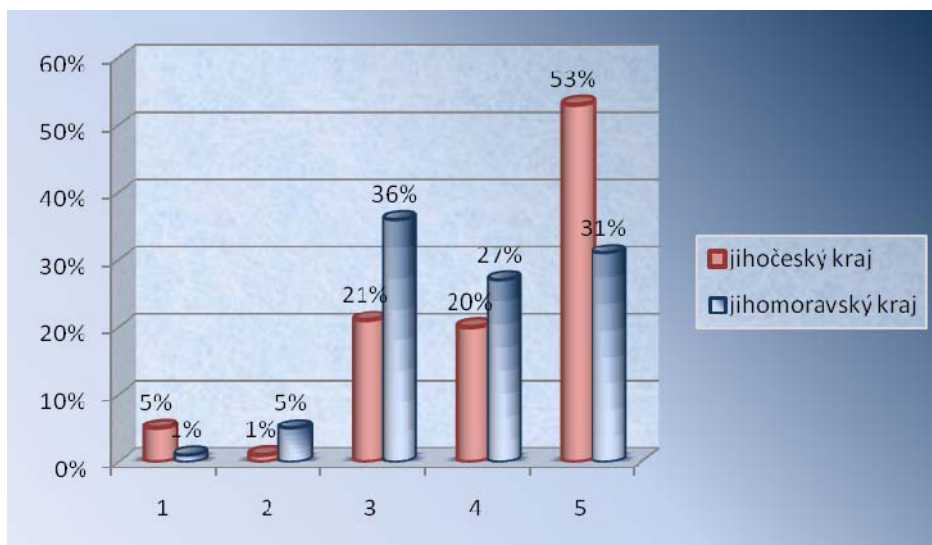
Podle 38 (33 %) respondentů jihočeského kraje islám povoluje parenterální výživu i v období půstu. Podle 50 respondentů (44 %) ji nepovoluje a 26 respondentů (23 %) neví, zda je tato výživa v období půstu povolena. V kraji jihomoravském stejný počet 48 respondentů (47 %) označilo jak variantu ano tak ne a 7 respondentů (6 %) možnost nevím.

**Graf 13 Uzpůsobenost podmínek nemocnic**



Z jihočeského kraje pouze 2 dotazovaní (2 %) naprosto souhlasí, že jsou podmínky nemocnic uzpůsobeny pro ošetřování vyznavače islámu. 11 respondentů (10 %) spíše souhlasí a 28 (24 %) jich souhlasí částečně. Dále 47 respondentů (41 %) spíše nesouhlasí a naprosto nesouhlasí 26 respondentů (23 %). V jihomoravském kraji naprosto souhlasí 2 dotazovaní (2 %), spíše jich souhlasí 8 (8 %) a částečně souhlasí 46 respondentů (44 %). 39 respondentů (38 %) spíše nesouhlasí s tím, že jsou podmínky nemocnic vyznavačům islámu uzpůsobeny a naprosto jich nesouhlasí 8 (8 %).

**Graf 14** Prostor nemocnic pro uspokojování spirituálních potřeb



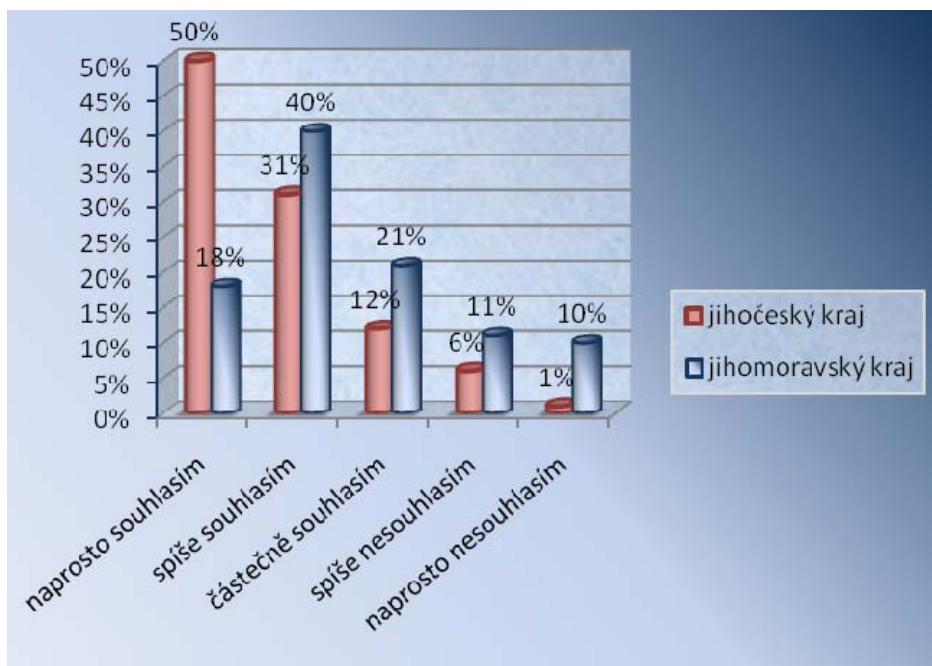
Graf znázorňuje, jak respondenti pomocí školní klasifikace (1-5) hodnotí prostor poskytovaný nemocnicí pro uspokojování spirituálních potřeb vyznavačů islámu. V jihočeském kraji známku 1 použilo 6 respondentů (5 %), známku 2 použil 1 respondent (1 %), známku 3 označilo 24 respondentů (21 %) a známku 4 respondentů 23 (20 %). Nejvíce respondentů 60 (53 %) hodnotilo známkou 5. V kraji jihomoravském známku 1 použil 1 respondent (1 %), známku 2 označilo 5 dotazovaných (5 %). Nejvíce 37 respondentů (36 %) hodnotilo známkou 3. 28 dotazovaných (27 %) označilo známku 4. Hodnocení známkou 5 provedlo 32 respondentů (31 %).

**Tabulka 11 grafu 14**

	aritmetický průměr	průměrná známka
jihočeský kraj	4,14	4
jihomoravský kraj	3,83	4

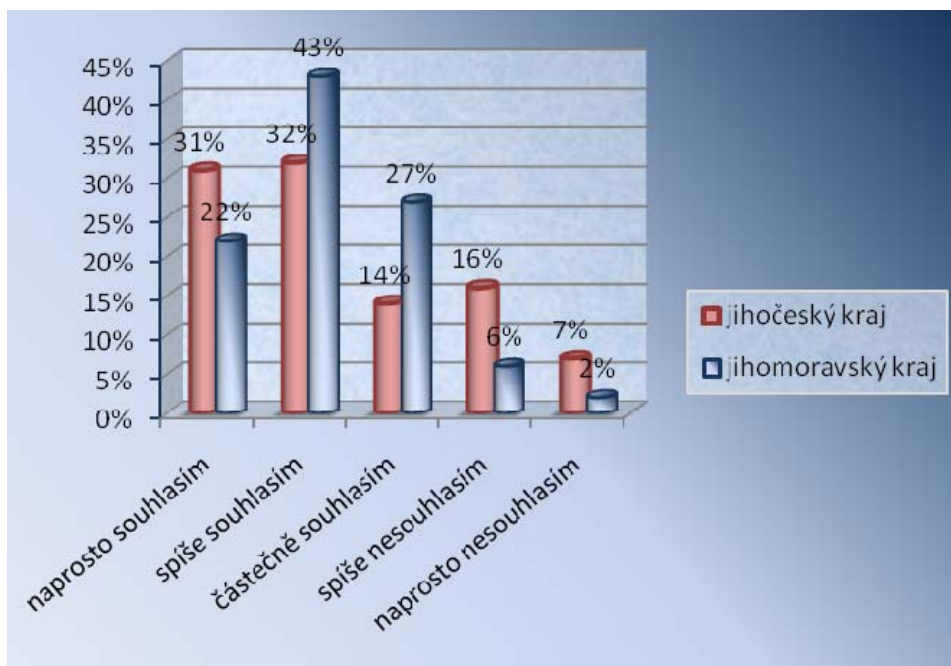
V doplňující tabulce je vypočítaná průměrná hodnota známek z výše uvedeného grafu. Průměrná hodnota jihočeského kraje byla 4,14, což zaokrouhleně znamená průměrnou známku 4. Průměrná hodnota známek jihomoravského kraje, činila 3,83, což znamená zaokrouhlenou průměrnou známku taktéž 4.

**Graf 15 Zajištění doprovodu na diagnostické a terapeutické výkony**



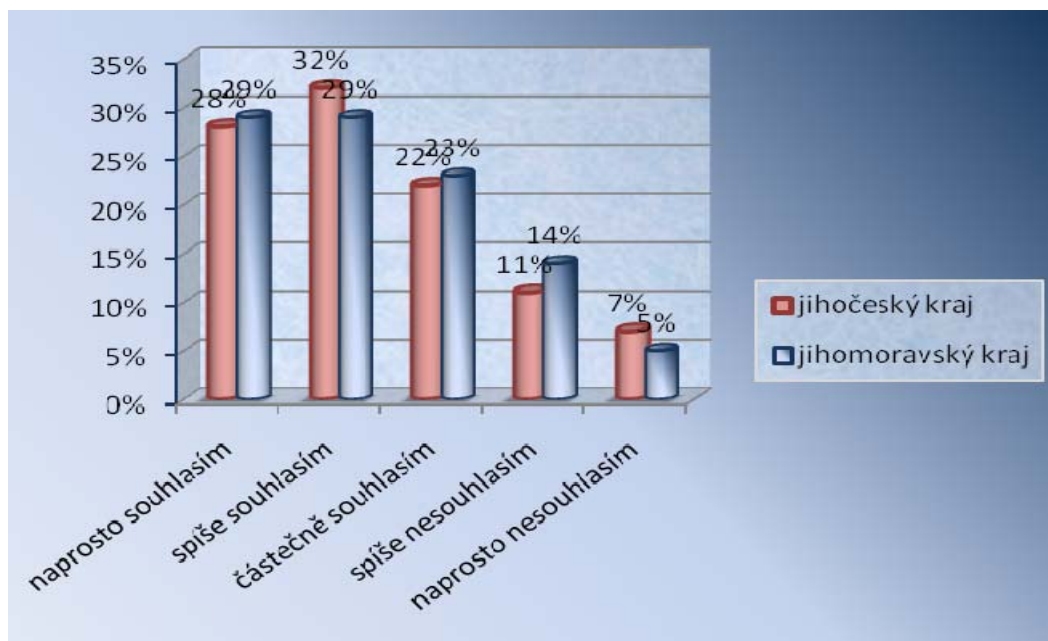
Z grafu vyplývá, že v jihočeském kraji 57 respondentů (50 %) naprosto souhlasí s tím, že lze na jejich oddělení zajistit mužům muslimům doprovod na diagnostické a terapeutické výkony mužem sanitářem a 35 dotazovaných (31 %) spíše souhlasí. Částečně souhlasí 14 (12 %) respondentů, spíše nesouhlasí 7 (6 %) respondentů a 1 dotazovaný (1 %) naprosto nesouhlasí. V jihomoravském kraji naprosto souhlasí 19 tázaných (18 %), spíše souhlasí 41 respondentů (40 %), částečně jich souhlasí 22 (21 %), apíše nesouhlasí 11 respondentů (11 %) a 10 (10 %) jich naprosto nesouhlasí.

**Graf 16 Vyšetřování žen muslimek ženou lékařkou**



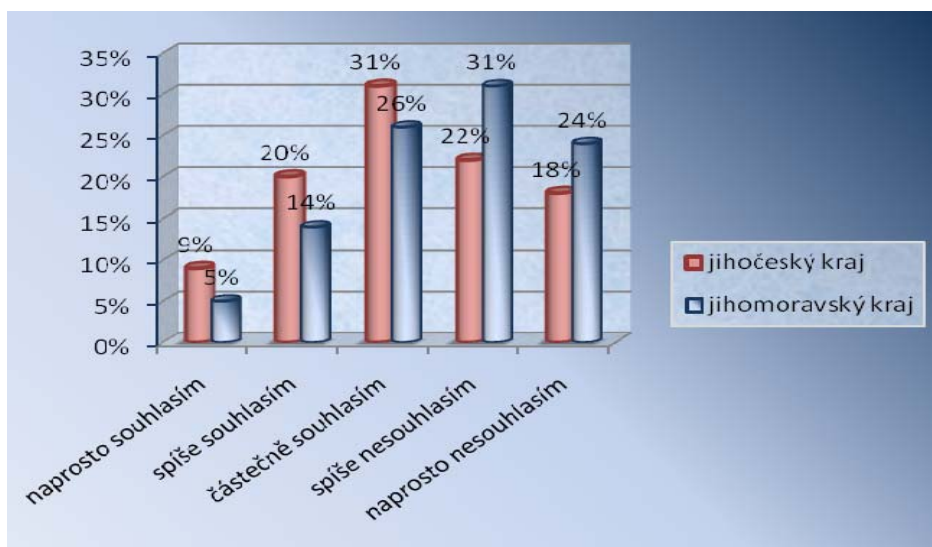
V nemocnicích jihočeského kraje naprosto souhlasí 35 respondentů (31 %), že dokáží zajistit ošetření ženy muslimky ženou lékařkou, s tím spíše souhlasí také 37 respondentů (32 %). Částečně souhlasí 16 dotazovaných (14 %), spíše jich nesouhlasí 18 (16 %) a naprosto nesouhlasí 8 respondentů (7 %). Kdežto v jihomoravském kraji naprosto souhlasí 23 respondentů (22 %), spíše souhlasí 44 dotazovaných (43 %) a částečně jich souhlasí 28 (27 %). Dále z jihomoravského kraje spíše nesouhlasí 6 respondentů (6 %) a naprosto nesouhlasí 2 dotazovaní (2 %).

**Graf 17 Zabezpečení stravy dle stravovacích návyků**



Z jihočeského kraje naprosto souhlasí 32 respondentů (28 %) s tím, že jejich nemocnice dokáží zajistit stravu dle stravovacích zvyků klienta/pacienta. S tímto tvrzením spíše souhlasí 36 dotazovaných (32 %) a částečně jich souhlasí 25 (22 %). 13 respondentů (11 %) spíše nesouhlasí a 8 respondentů (7 %) nesouhlasí naprosto. V kraji jihomoravském naprosto souhlasí a spíše souhlasí stejný počet 30 dotazovaných (29 %), částečně souhlasí 24 respondentů (23 %), spíše nesouhlasí 14 dotazovaných (14 %) a naprosto jich nesouhlasí 5 (5 %).

**Graf 18 Respektování denních modliteb a rituální hygieny**



Aniž by byl narušen chod oddělení 10 (9 %) respondentů jihočeského kraje naprosto souhlasí s tím, že lze respektovat denní modlitby a rituální hygienu. Spíše souhlasí 23 dotazovaných (20 %) a částečně souhlasí 35 respondentů (31 %). Naopak spíše nesouhlasí 25 respondentů (22 %) a naprosto jich nesouhlasí 21 (18 %). V jihomoravském kraji naprosto souhlasí 5 dotazovaných (5 %), spíše souhlasí 14 respondentů (14 %) a částečně jich souhlasí 27 (26 %). Z jihomoravského kraje spíše nesouhlasí 32 (31 %) respondentů a naprosto jich nesouhlasí 25 (24 %)

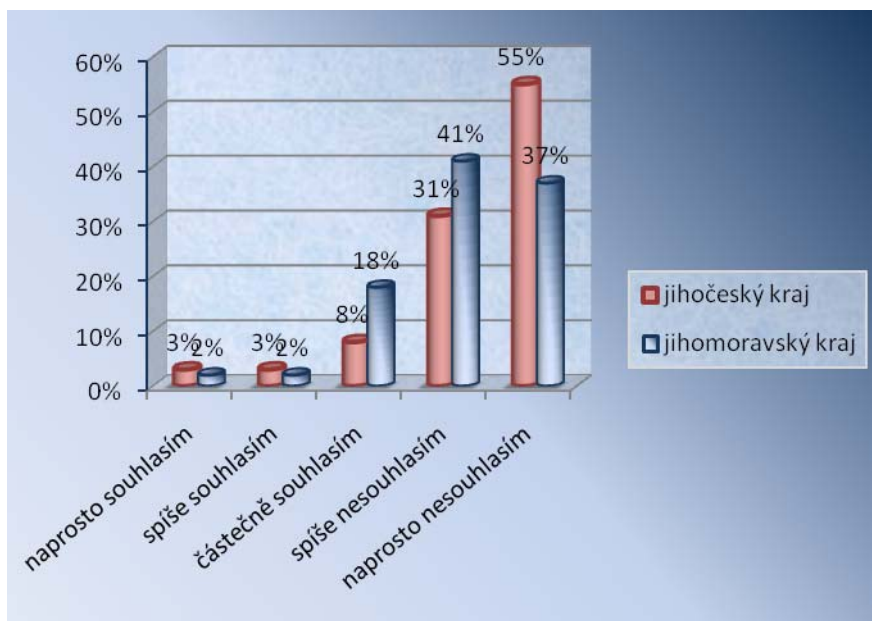
**Tabulka 12 Spolupráce s tlumočnickem**

	ano	nemám informace	ne
jihocheský kraj	36 %	53 %	11 %
jihomoravský kraj	12 %	70 %	18 %

V jihočeském kraji odpovědělo 41 respondentů (36 %), že nemocnice spolupracuje s tlumočnickem, v kraji jihomoravském tuto možnost označilo 12 respondentů (12 %). Variantu, že nemocnice nespupracuje s tlumočnickem z jihočeského kraje označilo 12 dotazovaných (11 %) a z jihomoravského kraje jich bylo 19 (18 %). 61 respondentů (53 %) jihočeského kraje nemá informace o tom, zda nemocnice s tlumočnickem spolupracuje a z jihomoravského kraje je těchto respondentů 72 (70 %).



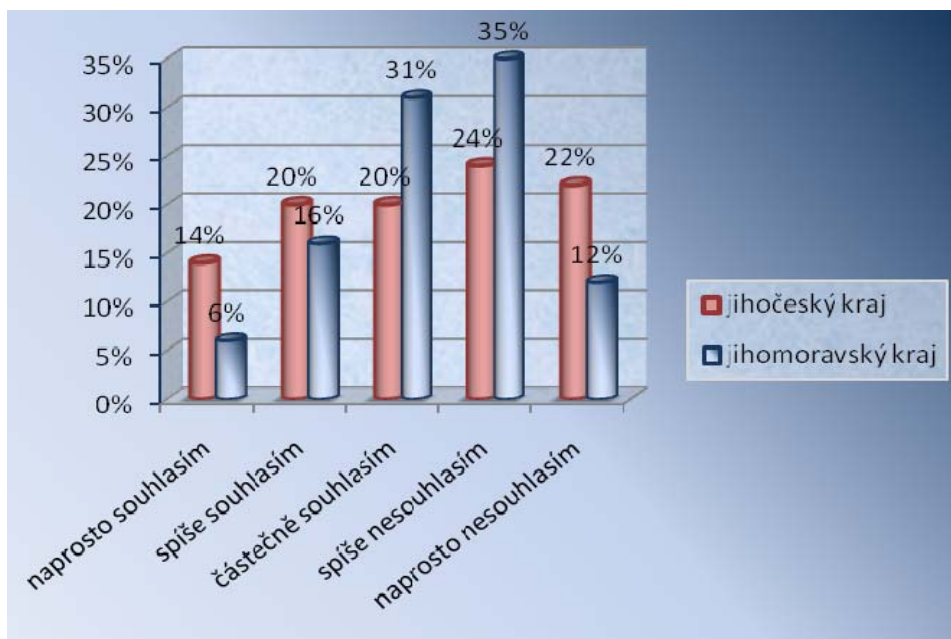
**Graf 19 Kontakt na nejbližší islámské centrum**



Z grafu vyplývají informace, ohledně kontaktu na nejbližší islámské centrum. V jihočeském kraji stejný počet 3 respondenti (3 %) naprosto a spíše souhlasí, že na oddělení kontakt mají k dispozici. Částečně souhlasí 9 respondentů (8 %), spíše jich nesouhlasí 36 (31 %) a nejvíce 63 respondentů (55 %) naprosto nesouhlasí. V jihomoravském kraji stejný počet a to 2 respondenti (2%) naprosto a spíše souhlasí, částečně souhlasí 19 respondentů (18 %), spíše jich nesouhlasí 42 (41 %) a naprosto nesouhlasí 38 (37 %) respondentů.



**Graf 20 Respektování klíčových předmětů víry**



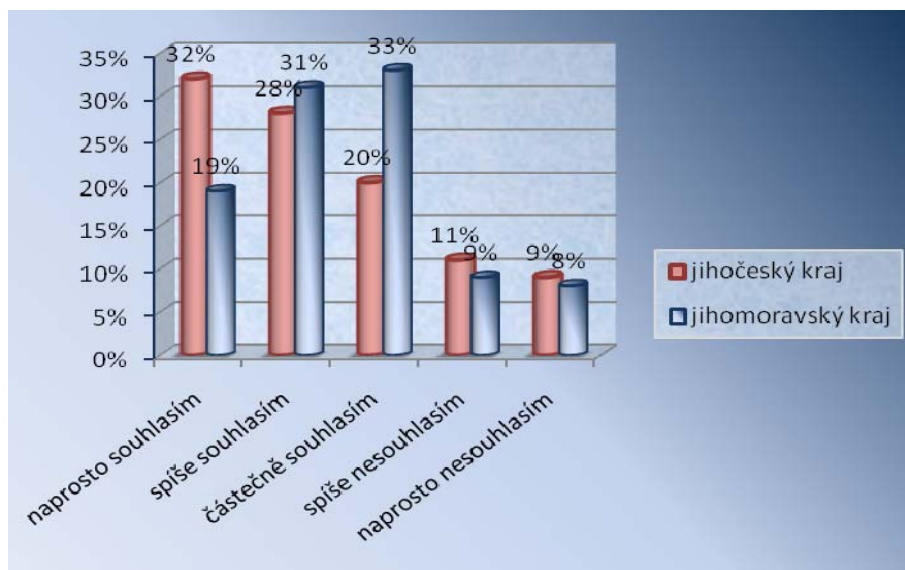
Z jihočeského kraje 16 respondentů (14 %) naprosto souhlasí, že lze zajistit respektování klíčových předmětů víry. Spíše souhlasí také 23 respondentů (20 %) a částečně jich souhlasí 23 (20 %). Naopak spíše nesouhlasí 27 respondentů (24 %) a naprosto nesouhlasí 25 (22 %). V jihomoravském kraji naprosto souhlasí 6 dotazovaných (6 %), spíše souhlasí 17 (16 %) a částečně souhlasí 32 (31 %) respondentů. Nejvíce respondentů jihomoravského kraje 36 (35 %) spíše nesouhlasí a 12 dotazovaných (12 %) naprosto nesouhlasí.

**Tabulka 13 Informační brožury**

	ano	ne
jihočeský kraj	21 %	79 %
jihomoravský kraj	12 %	88 %

Tabulka znázorňuje informace o poskytování informačních brožur a letáku i v cizích jazycích. Z jihočeského kraje odpovědělo 24 respondentů (21 %), že nemocnice tyto materiály poskytuje a 90 respondentů (79 %), že je neposkytuje. Z kraje jihomoravského odpovědělo 12 respondentů (12 %), že tyto materiály nemocnice poskytuje a 91 dotazovaných (88 %) naopak, že neposkytuje.

**Graf 21 Standard péče o vyznavače islámu – přínos v ošetřování**



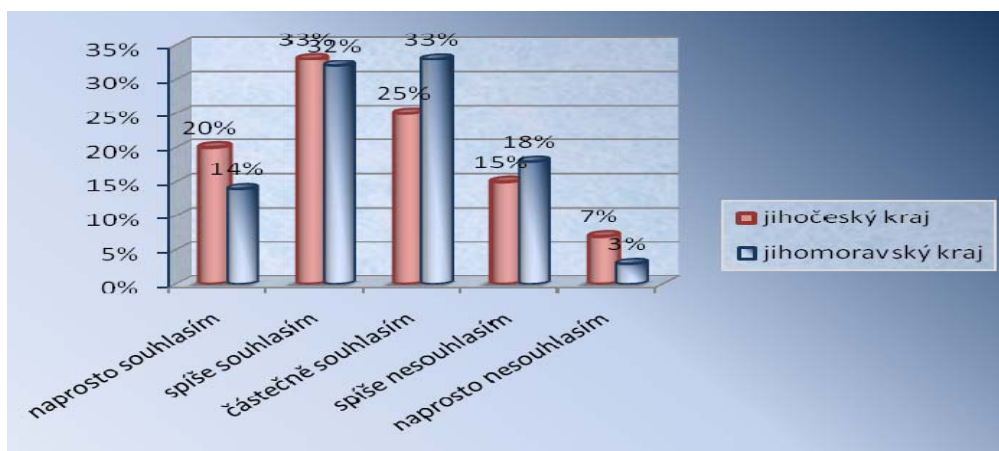
Z grafu vyplývá, že z jihočeského kraje 36 respondentů (32 %) naprosto souhlasí s přínosem standardu péče v ošetřování vyznavačů islámu. S přínosem také spíše souhlasí 32 dotazovaných (28 %) a částečně souhlasí 23 (20 %). Naopak s přínosem standardu péče spíše nesouhlasí 13 respondentů (11 %) a naprosto nesouhlasí 10 respondentů (9 %). V jihomoravském kraji naprosto souhlasí 20 účastníků výzkumu (19 %), spíše jich souhlasí 32 (31 %), částečně souhlasí 34 respondentů (33 %). Naopak spíše nesouhlasí 9 respondentů (9 %) a naprosto nesouhlasí 8 (8 %).

**Tabulka 14 Doplněk grafu 21**

odpovědi		naprosto souhlasím	spíše souhlasím	částečně souhlasím	spíše nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
jihočeský kraj	114	36	32	23	13	10
jihomoravský kraj	103	20	32	34	9	8
celkem	217	56	64	57	22	18
celkem (%)	100 %	26 %	30 %	26 %	10 %	8 %

Tabulka informuje o přínosu standardu péče o vyznavače islámu do praxe. Vycházelo se z počtu 217 respondentů (100 %). Z čehož 56 dotazovaných (26 %) naprosto souhlasí, že je standard přínosem, 64 dotazovaných (30 %) spíše souhlasí a 57 (26 %) jich souhlasí částečně. Naopak spíše nesouhlasí 22 respondentů (10 %) a naprosto nesouhlasí z jeho přínosem 18 respondentů (8 %).

**Graf 22 Standard péče o vyznavače islámu – pro vylepšení podmínek nemocnice**



Z jihojihočeského kraje naprosto souhlasí 23 respondentů (20 %), že vypracování standardu péče o vyznavače islámu napomůže k přizpůsobení podmínek nemocnic pro ošetřování těchto klientů/pacientů. S tímto tvrzením také spíše souhlasí 37 respondentů (33 %) a částečně jich souhlasí 29 (25 %). Naopak spíše nesouhlasí 17 respondentů (15 %) a 8 (7 %) jich nesouhlasí naprosto. V kraji jihomoravském naprosto souhlasí s tvrzením 14 respondentů (14 %), spíše souhlasí 33 dotazovaných (32 %) a částečně jich souhlasí 34 (33 %). Dále v jihomoravském kraji spíše nesouhlasí 19 dotazovaných (18 %) a naprosto nesouhlasí pouze 3 respondenti (3 %).

**Tabulka 15 Doplněk grafu 22**

odpovědi		naprosto souhlasím	spíše souhlasím	částečně souhlasím	spíše nesouhlasím	naprosto nesouhlasím
jihočeský kraj	114	23	37	29	17	8
jihomoravský kraj	103	14	33	34	19	3
celkem	217	37	70	63	36	11
celkem (%)	100 %	17 %	32 %	29 %	17 %	5 %

Tabulka obsahuje výsledky týkající se standardu péče a jeho vlivu na vylepšení podmínek nemocnic. Zde se vycházelo z počtu respondentů obou krajů 217 (100 %). 37 (17 %) respondentů naprosto souhlasí, že pomocí standardu dojde k vylepšení podmínek nemocnic, 70 respondentů (32 %) spíše souhlasí, 63 (29 %) jich souhlasí částečně, 36 respondentů (17 %) spíše nesouhlasí a naprosto nesouhlasí 11 dotazovaných (5 %).

**Tabulka 16 Souhrn Znalostních výroků**

výrok (číslo jako v dotazníku)	kraj	správná odpověď (počet respondentů / %)	špatná odpověď nebo odpověď nevím (počet respondentů / %)	hodno- cení v bodech
13	JČ	106 / <b>93 %</b>	5 / 4 % + 3 / 3 % = 8 / <b>7 %</b>	<b>2</b>
	JM	84 / <b>81 %</b>	15 / 15 % + 4 / 4 % = 19 / <b>19 %</b>	<b>1</b>
14	JČ	14 / <b>12 %</b>	91 / 80 % + 9 / 8 % = 100 / <b>88 %</b>	<b>0</b>
	JM	35 / <b>34 %</b>	64 / 62 % + 4 / 4 % = 68 / <b>66 %</b>	<b>0</b>
16	JČ	78 / <b>68 %</b>	36 / <b>32 %</b>	<b>2</b>
	JM	66 / <b>64 %</b>	37 / <b>36 %</b>	<b>1</b>
17	JČ	82 / <b>72 %</b>	18 / 16 % + 14 / 12 % = 32 / <b>28 %</b>	<b>1</b>
	JM	75 / <b>73 %</b>	22 / 21 % + 6 / 6 % = 28 / <b>27 %</b>	<b>2</b>
18	JČ	38 / <b>33 %</b>	50 / 44 % + 26 / 23 % = 76 / <b>67 %</b>	<b>0</b>
	JM	48 / <b>47 %</b>	48 / 47 % + 7 / 6 % = 55 / <b>53 %</b>	<b>0</b>
				<b>JČ = 5</b> <b>JM = 4</b>

V tabulce jsou souhrně popsány odpovědi respondentů jihočeského kraje (JČ) a jihomoravského kraje (JM) na znalostní výroky. Jednotlivé výsledky výroku 13, 14, 16, 17, 18 jsou znázorněny ve výše uvedených tabulkách a grafu.

Tato tabulka zaznamenává správné a také špatné odpovědi. Odpovědi jsou hodnoceny bodově tak, že pokud je větší procento špatných odpovědí jsou hodnoceny 0 body. Pokud je procentuelně více správných odpovědí, pak je udělen 1 nebo 2 body. 1 bod je u kraje, který má sice více správných odpovědí než špatných, ale zároveň má méně správných odpovědí než kraj druhý, ten je pak hodnocen 2 body. Jihočeský kraj získal bodů 5 a jihomoravský kraj body 4.

#### 4.2 Standard ošetrovateľskej péče o vyznavače islámu

### STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Název standardu:

#### OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O VYZNAVAČE ISLÁMU VE ZDARVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

<b>Charakteristika standardu:</b>	Rámcový procesuální standard péče
<b>Ošetrovateľský cíl:</b>	<b>Znát specifika poskytované ošetrovateľské péče u vyznavačů islámu.</b> <b>Umět poskytnout komplexní ošetrovateľskou péči na základě bio-psych-sociálních a spirituálních potřeb.</b> (Využití modelu Gigerové a Davidhizarové při poskytování ošetrovateľské péče vyznavačům islámu ve zdravotnických zařízeních)
<b>Skupina péče:</b>	Klient/pacient[K/P]-vyznavači islámu
<b>Datum použití:</b>	
<b>Datum kontroly:</b>	
<b>Kontrolu vykonal:</b>	Manažer/ka ošetrovateľství (manažer/ka kvality ošetrovateľské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<b>Podpis zodpovědného pracovníka:</b>	
<b>Standard vytvořil:</b>	Bc. Jiřina Norková, doc. PhDr. Gabriela Sedláková Ph.D.
<b>Příloha standardu:</b>	Schéma oš. zhodnocení dle modelu Gigerové a Davidhizarové Schéma - shrnutí péče Piktogramy – komunikační karty

### **KRITÉRIA STRUKTURY:**

**S1** Pracovníci: sestra/ porodní asistentka/zdravotnický asistent (dále jen „sestra“)

**S2** Prostředí: standardní oddělení zdravotnického zařízení

**S3** Pomůcky: pomůcky na jednotlivé ošetrovatelské výkony a jiné pomůcky dle potřeby

**S4** Dokumentace: ošetrovatelská – s poznámkou o vyznání klienta/pacienta

### **KRITÉRIA PROCESU:**

**Pro poskytování ošetrovatelské péče vyznavačům islámu musí mít sestra znalosti o islámské kultuře a víře.**

#### **Sestra o vyznavači islámu:**

**P 1** Má potřebné informace o K/P

- zda je K/P cizinec nebo zda jde o českého občana konvertujícího k islámské víře.
- jaká je délka pobytu K/P na území České republiky
- pokud jde o cizince, zjistí časový posun oproti domovské zemi

#### **Sestra v procesu komunikace:**

**P 2** Začíná komunikaci pozdravem (součástí pozdravu je podání ruky, dotaz na oslovení K/P a samotné představení sestry K/P).

#### ***Podání ruky:***

- potřásání rukou je v muslimském náboženství neobvyklé a u ortodoxních muslimů dokonce tabu
- muslimové odmítají podat ruku opačnému pohlaví
- nemusí vůbec význam podání ruky znát, pokud nežijí delší dobu v ČR
- pokud na území ČR žijí, význam podání ruky znát mohou a nemusí ho odmítnout
- pokud muslimové založí ruce za záda, znamená to odmítnutí a sestra by to měla respektovat

- muslimům nesmí být podána levá ruka, protože je pro ně určena na nečisté úkony a oni by to mohli považovat za urážející.

**Řádné oslovení:** zeptá se, jak chce být K/P oslovován, protože jména muslimů mají hlubší význam) a také se sama představí

**P 3** Pokud jde o cizince, zjistí, do jaké míry K/P ovládá český jazyk a zda rozumí. V případě nutnosti zajistí tlumočníka, či rodinného příslušníka, který bude překládat

**P 4** Pro lepší komunikaci používá piktogramy – komunikační karty.

**P 5** Při sběru informací zná témata, která u muslimů mohou vyvolat odmítavé reakce (hlavně pokud rozhovor probíhá s osobou opačného pohlaví)

**Získávání informací:** opatrně u témat týkajících se:

- rodinných a intimních problémů
- počtu dětí u svobodných žen nebo vdaných bezdětných žen
- tělesných projevů jako například močení, stolice, menstruace

**P 6** Mluví pomalu, zřetelně artikuluje, používá jednoduché věty, vyhýbá se složitým souvětím.

**P 7** Zpětnou vazbou si ověřuje, zda K/P všemu rozumí

**P 8** Naslouchá K/P s pochopením a zájmem

**P 9** Využívá základní prvky nonverbální komunikace typické pro K/P vyznávajícího islám

- u muslimů není povolený tělesný kontakt opačných pohlaví. (proto pozor na gesta a dotyky útěchy)
- při komunikaci by měl být udržen oční kontakt, pokud komunikují osoby stejného pohlaví

**P 10** Umí se správně zachovat při komunikaci s rodinou K/P a zná specifikum sdělování diagnózy K/P vyznávajícím islám.

**Specifikum sdělování diagnózy:**

- pro muslimy je typické podávání informací nejprve rodinným příslušníkům a až poté K/P.
- je nutné si s rodinou promluvit, že na našem území musí dát K/P nejprve souhlas, aby bylo možné informovat rodinu

**Komunikace s rodinou:** ví, že je vhodné domluvit se s rodinou na jednom zástupci, se kterým bude ošetřující personál komunikovat, protože pokud je hospitalizovaná muslim, tak o něj přebírá starost celá rodina.

#### **Sestra v otázce poznání prostoru:**

**P 11** Ví, že narušení prostoru K/P může způsobit pocit nepohody a narušení jejich vzájemné interakce

**P 12** Je si vědoma, že K/P vyznávající islám nepreferuje v osobní zóně velký odstup, ale zároveň je u ortodoxního muslima zakázán jakýkoliv tělesný kontakt opačných pohlaví

- při komunikaci preferují blízkou vzdálenost asi na 2 kroky, pro udržení očního kontaktu

#### **Sestra v otázce sociální interakce:**

**P 13** Má základní informace o rodině

- hlavou muslimské rodiny je muž a později jeho roli přebírá nejstarší syn.
- rodina je pro muslimy základem, proto musí sestra očekávat potřebu rodiny starat se o své příbuzné.
- muslimská rodina je velice soudržná a při hospitalizaci K/P neustále navštěvuje a chce o něj pečovat až do jeho smrti

**P 14** Je si vědoma, že jsou dány islámem určité zákazy týkající se chování dětí vůči rodičům, jako například, že děti nesmí proklínat nebo urážet rodiče, aby se nedopustili hříchu.

**P 15** Ví, že je žena islámem považována za nezávislou osobu. Že je rovnoprávným partnerem muže v rozmnožování lidstva, ve sdílení osobních a společných povinností a má stejný přístup například ke vzdělání nebo svobodě názoru.

#### **Sestra v otázce vnímání času:**

**P 16** Je si vědoma, že pojem čas není pro muslimy přesně vymezen a proto není ani striktně dodržován. Vnímání času u muslimů podléhá jejich rytmu života a jejich společnosti



**P 17** Je si vědoma, že vyžadování dochvilnosti vnímají muslimové jako nezdvořilý a netaktní přístup

**P 18** Ví, že v období postního měsíce ramadánu dochází k jinému vnímání času.

**P 19** Ví a respektuje, že se muslimové modlí 5x denně a před modlitbou vykonávají rituální mytí.

**Modlitba:** je pronášena za úsvitu, v poledne, odpoledne, při západu slunce a v noci po úplném setmění. Je možné ji vykonávat kdekoliv na čistém místě a trvá jen několik minut.

### **Sestra v otázce vlivu prostředí a výchovy:**

**P 20** Ví, že zdrojem zákona muslimů je Korán, který obsahuje zákazy a povolení pro každodenní život

**P 21** Ví, že na výchovu má velký vliv rodina, ve které má autoritu muž. K muslimské víře vede dítě rodina už od narození.

**P 22** Ví, že si muslim bere do nemocnice modlitební koberec a Korán, které jsou pro ně důležité

**P 23** Ví, že by se těchto klíčových předmětů neměli dotýkat jak ošetřující personál, tak spolupacienti a neměli by na ně také nic pokládat

**P 24** Ví, že islám povoluje jen to, co je v prospěch jeho vyznavačů, proto je také proti pověrám, mýtům a magii, nevěří na pomoc talismanů a amuletů při prevenci či léčbě nemoci

**P 25** Zná a respektuje způsob oblékání K/P (ponechává například ženám alespoň šátek)

**P 26** Zajistí v maximální míře soukromí a stud K/P

- pokud je to možné péči vykonává osoba stejného pohlaví jako je K/P
- při vyšetřování K/P ponechávat oblečení pokud to vyšetřovací metoda dovolí

**P 27** Má dostatek informací o výkonech a zákrocích, které se týkají specifík péče o K/P vyznávajícího islám

**Antikoncepce:** není zakázaná, i přesto, že islám oslovuje muslimy, aby měli hodně dětí

**Potraty:** jsou zakázané s výjimkou (těhotenství ohrožující život ženy, pokud k těhotenství došlo znásilněním), musí být podepsán souhlas oběma partnery.

***Eutanázie a život zachraňující zákroky:***

- jsou povoleny všechny dostupné metody a prostředky k záchraně či prodloužení života, nesmí však dojít k prodlužování utrpení člověka
- aktivní eutanázie i asistovaná sebevražda jsou zakázané

***Transfúze:*** povolena i od dárců neislámského přesvědčení

***Parenterální výživa:*** povolena i v období půstu

***Transplantace:***

- povolena pokud jde o dar živého dárce jiné živé osobě
- transplantace orgánů z mrtvého dárce je zakázaná, pokud není dán souhlas ještě za jeho života, nutný je i souhlas rodiny

***Pitva:*** je islámem zakázaná. Ovšem pokud ji zákony země, ve které se muslim nachází, vyžadují, pak je povolena.

**P 28** Má dostatek znalostí o obřadech týkajících se vývojových období muslima, které ovlivňují ošetrovatelskou péči

***Narození:*** ihned po porodu má být dítě vykoupáno a teprve poté podáno matce. Novorozenci se šeptá do pravého ucha výzva k modlitbě a do levého ucha její začátek

***Obřízka:*** není povinná, ale považuje se za záslužný čin, provádí se mezi 7. – 12. rokem u chlapců

***Umírání:*** pokud je muslim v ohrožení života a není možné kontaktovat rodinu je povinností zdravotníka spojit se s islámským centrem

- rodina umírajícího bude vyžadovat, aby mohla být po celou dobu s K/P
- K/P musí ležet obrácen hlavou k Mekce
- rodina bude chtít u K/P vykonávat náboženské obřady a recitace

***Smrt:***

- specifikem je, že oči smí muslimovi zatlačit pouze blízký příbuzný, stejně jako rituální hygienu (pokud je s rodinou kontakt, jinak tyto výkony může provést zdravotník):
- pohřeb by měl být vykonán podle islámského zákona již ten den jinak co nejdříve

- není povolena kremace a je také v islámu přísně zakázané truchlení a nářky nad smrtí člověka.

### **Sestra v otázce biologických odlišností:**

Do oblasti biologických odlišností se řadí také laboratorní a fyzikální vyšetření (kdy sestra stanovuje tělesnou konstituci, typ postavy, výšku a váhu, BMI, barvu a stav pokožky, vlasů)

### **P 29 Zná stravovací návyky K/P**

**Stravování:** v Koránu jsou popsána zakázaná a povolená jídla

- Zakázané: vepřové maso a výrobky z něj, maso z jakéhokoliv zvířete, které zemře přirozenou smrtí, také je zakázán alkohol a léky, které alkohol obsahují, drogy a kouření
- Povoleno: ostatní masa včetně mořských živočichů a ryb

**Stravovací zvyky:**

- dbát na obsah jídelníčku, vyvarovat se masu mletému
- odlišné stravování v měsíci ramadánu (K/P může chtít dodržovat půst i v průběhu hospitalizace)
- parenterální výživa není zakázána ani v období půstu
- nepodávat stravu levou rukou

### **P 30 Zná hygienické návyky a jejich důležitost pro K/P vyznávajícího islám**

**Hygiena:**

- Povinnosti týkající se hygieny – K/P se několikrát denně myje k modlitbě, čištění zubů má provádět častěji jak 1x denně, odstraňování chlupů v podpaží 3x týdně a v oblasti genitálů 1x za čtrnáct dní.
- Rituální hygiena se týká také obřadů na cestě životem a to při narození či smrti K/P
- Specifikem hygieny, u K/P vyznávajícího islám, důležitým pro ošetrovatelskou činnost je, že tito K/P upřednostňují po použití toalety očistu vodou před použitím toaletního papíru

**P 31** Ví, že jsou typickým oblečením muslimek skromné šaty a šátek. (muslimové pomocí oděvu vyznávají víru a zachovávají tak čistotu)

**KRITERIA VÝSLEDKU:**

**V 1** Muslimskému K/P je poskytována ošetrovatelská péče na základě ošetrovatelského zhodnocení, k němuž je využit model Gigerové a Davidhizarové

**V 2** Sestra při komunikaci s K/P vyznávajícím islám dodržuje zásady správné komunikace, zná specifika komunikace s vyznavačem islámu a jeho rodinou a zná význam základních prvků nonverbální komunikace. Dle potřeby využívá ke komunikaci překladatele nebo piktogramy.

**V 3** K/P vyznávající islám a jeho rodina jsou informováni, spolupracují,

**V 4** Ošetrovatelská péče je realizovaná na základě vypracovaného ošetrovatelského plánu (na základě znalostí o kultuře a získaných informací o klientovi/pacientovi).

**V 5** V dokumentaci K/P jsou zaznamenané potřebné údaje, které jsou důležité pro ošetrovatelskou péči.

## OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

K vyhodnocení splnění standardu ošetřovatelské péče, která je zaměřena na ošetřování vyznavače islámu jako klienta/pacienta standardního oddělení ve zdravotnickém zařízení.

**Oddělení:**

**Auditoři:**

**Datum:**

### Metody auditu:

- Dotazy pro sestru
- Dotazy pro K/P, rodinu, spolupacienta
- Pozorování sestry, K/P
- Kontrola ošetřovatelské dokumentace
- Kontrola prostředí
- Kontrola pracovníků
- Kontrola pomůcek

	<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>S</b>	<b>S1</b>	Je ošetřovatelská péče poskytovaná sestrou, porodní asistentkou (zdravotnickým asistentem)?	Kontrola pracovníků		
<b>T</b>					
<b>R</b>					
<b>U</b>	<b>S2</b>	Je ošetřovatelská péče poskytovaná na standardním oddělení zdravotnického zařízení?	Kontrola prostředí		
<b>K</b>					
<b>T</b>					
<b>U</b>					
<b>R</b>	<b>S3</b>	Má sestra připravené vhodné pomůcky k jednotlivým výkonům dle potřeby a standardů?	Kontrola pomůcek (pozorováním, dotazem na sestru)		
<b>A</b>					

	<b>S4</b>	Má sestra v ošetrovateľskej dokumentácii poznamenané vyznání K/P?	Kontrola ošetrovateľskej dokumentace		
<b>P R O C E S</b>	<b>P1</b>	Má sestra potrebné informácie o K/P vyznávajícího islám?	Dotazem pro sestru		
	<b>P2</b>	Začíná sestra komunikáciu s K/P pozdravom a riadnym oslovením?	Pozorováním sestry		
	<b>P3</b>	Zjistila sestra do jaké míry K/P ovládá český jazyk a jestli rozumí? Učinila sestra dle jazykových bariér potřebné kroky? (tlumočník, rodinný příslušník)	Dotazem pro sestru		
	<b>P4</b>	Používá sestra pro lepší komunikáciu s K/P komunikační karty?	Dotazem pro sestru a K/P, pozorováním sestry		
	<b>P5</b>	Má sestra přehled o tématech, které mohou ztížit sběr informací od K/P?	Dotazem pro sestru		
	<b>P6</b>	Dodrží sestra zásady týkající se efektivní komunikace?	Pozorování sestry a K/P		
	<b>P7</b>	Ověřuje si sestra při komunikaci pomocí zpětné vazby, zda K/P všemu rozuměl?	Pozorování sestry a K/P		
	<b>P8</b>	Dokáže sestra naslouchat K/P se zájmem a pochopením?	Pozorování sestry		
	<b>P9</b>	Zná a využívá sestra prvky nonverbální komunikace typické pro K/P vyznávajícího islám?	Dotazem pro sestru a pozorováním sestry		

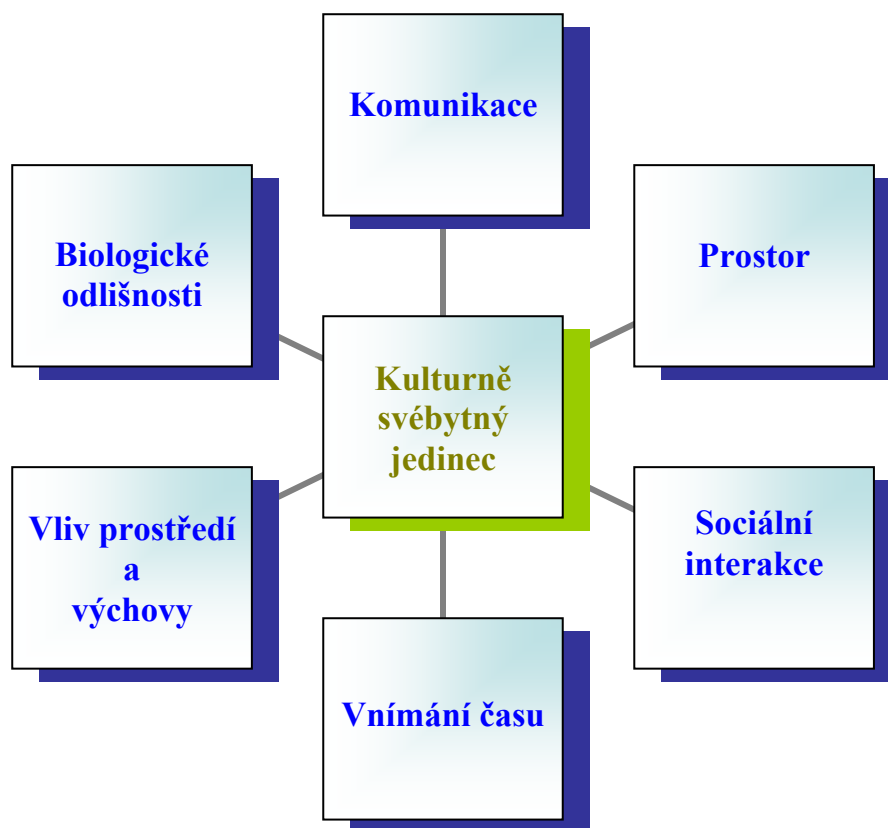
<b>P10</b>	Umí sestra správně komunikovat s rodinou K/P?	Pozorováním sestry, dotazem pro rodinu		
<b>P11</b>	Ví sestra, že narušení prostoru K/P může ovlivnit jejich vzájemnou interakci?	Dotazem pro sestru		
<b>P12</b>	Zná a dodržuje sestra při komunikaci zónu preferovanou K/P?	Dotazem pro sestru a pozorováním sestry		
<b>P13</b>	Má sestra základní informace o fungování rodiny u K/P vyznávajícího islám?	Dotazem pro sestru		
<b>P14</b>	Ví, že má islám stanovené určité zákazy a povolení, které se vztahují také na rodinu a děti?	Dotazem pro sestru		
<b>P15</b>	Je sestra orientovaná i v tom jaké je postavení žen v islámu?	Dotazem pro sestru		
<b>P16</b>	Ví sestra, jak K/P vyznávající islám vnímá čas?	Dotazem pro sestru		
<b>P17</b>	Ví sestra, že může vyžadováním dochvilnosti jednat netaktně a nezdvořile vůči K/P vyznávajícímu islám?	Dotazem pro sestru		
<b>P18</b>	Ví sestra, že se mění vnímání času u K/P vyznávajícího islám v období postního měsíce Ramadánu?	Dotazem pro sestru		
<b>P19</b>	Zná a respektuje sestra potřebu muslimů se 5x denně modlit a rituálně omývat?	Pozorováním sestry a dotazem pro K/P		

<b>P20</b>	Ví sestra, co je zdrojem zákona muslimů, ve kterém jsou obsaženy povolení a zákazy týkající se každodenního života muslimů?	Dotazem pro sestru		
<b>P21</b>	Zná sestra vliv rodiny na výchovu muslimů?	Dotazem pro sestru		
<b>P22</b>	Ví sestra, že si muslim bere do nemocnice modlitební koberec a Korán (klíčové předměty)?	Dotazem pro sestru		
<b>P23</b>	Obezámila sestra spolupacienty o tom, že se nesmí klíčových předmětů dotýkat a ani na ně nic pokládat?	Dotazem pro sestru a pro spolupacienty		
<b>P24</b>	Ví sestra, že je islámem povoleno jen to, co je ve prospěch jeho vyznavačů?	Dotazem pro sestru		
<b>P25</b>	Zná a respektuje styl oblékání muslimů?	Dotazem pro K/P, pozorováním sestry		
<b>P26</b>	Zajišťuje sestra při všech diagnostických a terapeutických výkonech stud a soukromí K/P v nejvyšší možné míře?	Pozorováním sestry		
<b>P27</b>	Má sestra přehled ve výkonech, které se týkají specifík péče o K/P?	Dotazem pro sestru		
<b>P28</b>	Ví sestra, že jsou etapy života, které vyžadují specifika v péči o K/P vyznávajícího islám?	Dotazem pro sestru		



	<b>P29</b>	Je sestra orientovaná ve stravovacích zvyklostech, v povoleních a zákazech ve stravování?	Dotazem pro sestru		
	<b>P30</b>	Zná sestra hygienické návyky K/P vyznávajícího islám?	Dotazem pro sestru		
	<b>P31</b>	Ví sestra, že součástí vyznání víry a čistoty je jejich šat?	Dotazem pro sestru		
<b>V Ý S L E D E K</b>	<b>V1</b>	Je poskytovaná ošetrovatelská péče vyznavači islámu na základě zhodnocení dle modelu Gigerové a Davidhizarové?	Dotazem pro sestru		
	<b>V2</b>	Umí sestra komunikovat s muslimským K/P?	Pozorováním sestry		
	<b>V3</b>	Je K/P a jeho rodina dostatečně informovaní? Spolupracují?	Dotazem pro sestru, K/P, rodinu a pozorováním K/P		
	<b>V4</b>	Probíhá realizace ošetrovatelské péče na základě ošetrovatelského plánu?	Dotazem pro sestru, kontrola ošetrovatelské dokumentace		
	<b>V5</b>	Obsahuje ošetrovatelská dokumentace potřebné údaje k poskytování ošetrovatelské péče?	Kontrola ošetrovatelské dokumentace		

## Model Gigerové a Davidhizarové – Ošetřovatelské posuzování



### Obsah jednotlivých složek

**Kulturně svébytný jedinec** – zařazení K/P dle kultury a rasy, místo odkud pochází, časový posun oproti domovské zemi, kultura, k níž jedinec patří

**Komunikace** – používaný jazyk, kvalita hlasu, výslovnost, využití pauz a mlčení, využití neverbální komunikace

**Prostor** – míra pohody v daném společenském prostoru, udržování blízkosti a vzdálenosti vůči ostatním, tělesné pohyby a vnímání prostoru

**Sociální začlenění** – role a funkce (zdravotní a rodinný stav....)

**Pojetí času** – využití času, čas ve společenském kontaktu, pracovní doba, časové zaměření

**Vliv prostředí a výchovy** – hodnoty, zdraví a onemocnění, péče o zdraví v dané kultuře, vliv výchovy

**Biologické odlišnosti** – laboratorní a fyzikální vyšetření, vliv genetiky, upřednostňování a vyhýbání některým jídlům, návyky

## Schéma shrnutí péče



## KOMUNIKAČNÍ KARTY – PIKTOGRAMY




 lůžko

 اساس

 das Bett


 sickbed



 měření tlaku krve



قياس ضغط الدم

 die Blutdruckmessung



blood pressure measuring



lék



دواء



das Medikament



medicine



teploměr



مقياس حرارة



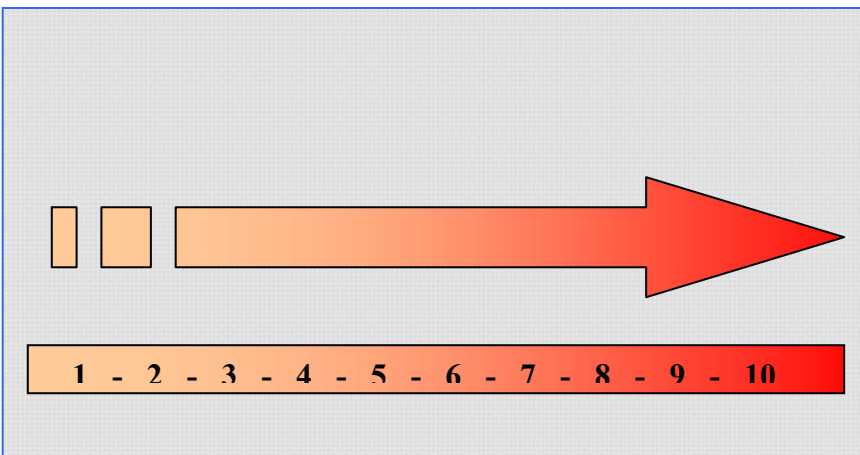
das Thermometer



clinical thermometer











 odběr krve	 سحب الدم
 die Blutabnahme	 blood taking



 bolest	 ألم
 der Schmerz	 pain

### Seznam dalších slov

 Sestra	 سهره
 die Krankenschwester	 nurse
 Jidelna	 اماعط قرجح
 das Speisesaal	 dining room
 Jídlo	 اماعط
 die Speise	 meal
 Drůbeží maso	 لحم دجاج
 das Geflügelfleisch	 white meat
 Hovězí maso	 لحم بقرة
 das Rindfleisch	 beef
 Lék	 دواء
 das Medikament	 medicine
 Injekce	 بنقح
 die Injektionen	 injection
 Jak	 فيك
 wie	 how

 infúze	 تَضْرِيحَة مِنْ الْمَرْقِيقِ الشَّرَائِنِ
 die Infusion	 infusion
 Zvonek na sestru	 جرس للمرضى
 die Signalisation	 alarm

Struktura standardu ošetrovatelské péče byla vytvořena na základě literatury (42).

Vypracovaný standard ošetrovatelské péče, byl dán k posouzení (viz. Příloha 4 )



## 5. Diskuse

Dotazník, který byl pro výzkum sestaven, obsahoval dohromady 30 otázek a výroků. Byly stanoveny tak, abychom na základě jejich výsledků dosáhly stanovených cílů a dokázaly říci, zda se nám stanovené hypotézy potvrdily či nepotvrdily. Pro empirickou část práce byly zvoleny 4 cíle a 4 hypotézy. Cíle se zabývají zmapováním dané problematiky z hlediska znalostí sester, jejich předpokládaných předsudků, podmínek, které jsou nemocnice schopny zajistit pro péči o vyznavače islámu a potřebou standardu ošetrovatelské péče o tyto klienty/pacienty.

Multikulturní/transkulturní ošetrovatelství je zaměřeno na výchovu nové generace sester, které mají být vybaveny patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením (31). Uvedené požadavky kladené na sestry jsou tedy nutné i v oblasti péče o vyznavače konkrétního náboženství, čímž se zabývá tato diplomová práce na téma: Co je povolené a co je zakázané při ošetrování vyznavače islámu.

První část dotazníku se týkala identifikace zkoumaných vzorků, kterými byly sestry jihočeského a jihomoravského kraje. Byly zaměřeny na věk respondentů jejich pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Nebylo překvapujícím výsledkem, že pohlaví respondentů bylo bez 2 respondentů jihočeského kraje a bez 3 respondentů jihomoravského kraje ženské. Na úvod je nutné také říct, že byla v dotazníku důležitá orientační otázka, která nám odpověděla na to, zda se respondenti setkali ve své praxi s vyznavači islámu nebo ne. Zde více jak jedna čtvrtina respondentů jihomoravského kraje odpověděla, že se již při své praxi s těmito klienty/pacienty setkala, kdežto v kraji jihočeském to byla pouze jedna desetina. Samozřejmě je to ovlivněno tím, že v Brně byla v roce 1998 otevřena první mešita v České republice (49).

### 5.1 Diskuse k hypotéze číslo 1

Otázky a výroky číslo 4, 5, 6, 11, 13, 14, 16, 17 a 18 v dotazníku měly potvrdit nebo naopak nepotvrdit hypotézu 1: ***Sestry jihomoravského kraje mají znalosti v oblasti péče o vyznavače islámu vyšší než sestry jihočeského kraje.*** Nejprve jsme se zabývaly tím, zda si respondenti myslí, že jsou pro výkon jejich povolání nutné znalosti

v oblasti multikulturního ošetřovatelství, jak se o zdokonalování svých zaměstnanců v dané oblasti stará jejich nemocnice a jak se vzdělávají respondenti sami. Z výzkumu vyplývá, že jsou pro dotazované tyto znalosti potřebné, proto je zarážející, že se jich okolo 20 % v obou krajích vůbec v dané problematice nezdokonaluje. Ostatní respondenti většinou označovali, že se vzdělávají pomocí internetu a literatury. Semináře využívá malá část respondentů. Může to být ovlivněno tím, že nemocnice vzdělávání v dané problematice dle odpovědí dotazovaných zajišťují minimálně nebo nedostatečně o těchto akcích své zaměstnance informují. Pro studující respondenty je zdrojem jejich vzdělávání studium na VŠ.

Součástí dotazníku byla otázka pro zhodnocení vlastních znalostí o ošetřování vyznavače islámu klasifikací 1 – 5 jako ve škole. Tato otázka měla sloužit k vlastní sebereflexi respondentů. Zde sestry na základě svého kritického posouzení nejčastěji označovaly známky 3 (dobře), pak 4 (dostatečně) a 5 (nedostatečně), což svědčí o jejich celkové průměrné známce 4 v obou krajích. Je nutné také podotknout, že sestry jihomoravského kraje měly, jak uvádí tabulka 3 známku průměrnou o něco lepší (lišila se však jen v desetinných číslech).

Teprve na základě znalostních výroků bylo možné zjistit a porovnat znalosti respondentů o dané problematice. Pro práci jsme předpokládaly, že znalosti budou větší u sester kraje jihomoravské z několika důvodů. Jedním z nich je, že je tam již poměrně dlouhou dobu založena mešita. Dále se v Brně nachází Islámský svaz, což je klub přátel islámské kultury. Tím pádem se tam objevuje také více vyznavačů islámu ať už cizinců nebo českých konvertitů. Dalším faktem pro náš předpoklad bylo, že i v tomto kraji je možný přístup k dalšímu vzdělávání na Vysoké škole. Kdežto v kraji jihočeském je pouze možnost vzdělávání se na Vysoké škole konkrétně Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, která má ovšem velice kvalitní a propracovanou výuku v oblasti multikulturního ošetřovatelství. Pravděpodobnost, že se sestry jihočeského kraje setkají ve své praxi s vyznavači islámu, je opravdu nízká, jak nám již ukázaly výsledky orientační otázky. Kraje pro výzkum byly vybrány záměrně z výše uvedených důvodů, protože jsme tak mohly porovnat „praxi“ (jihomoravský kraj) a „teorii“ (jihočeský kraj).

Znalostních výroků bylo celkem 5 a shrnuty jsou v tabulce číslo 16. Byly zaměřeny na základní znalosti sester, které mohou získat z dostupných odborných časopisů jako je Sestra, Florence či Diagnóza a v ošetrovatelské péči hrají významnou roli. Proto byl velice zarážející výsledek týkající se užívání léků obsahujících alkohol. Zde v obou krajích odpověděla většina respondentů ano, mohou se podávat, což byla odpověď špatná. Přitom podávání léků je jednou z každodenních pracovních činností, při které je sestra v kontaktu s klientem/pacientem a odpovídá na jeho dotazy. Respondenti tak odpověděli i přesto, že většina z nich správně označila, že jsou v islámu alkohol a drogy zakázané. Je důležité, aby sestry tyto základní znalosti měly, protože se tak vyvarují konfliktům či nedorozuměním. Překvapujícím výsledkem bylo, že respondenti věděli, že muslimové považují levou ruku za nečistou. Předpokládaly jsme, že právě tento výrok bude pro respondenty více problematický. Výrok, který problémy činil, se týkal parenterální výživy a zde více jak polovina respondentů jihočeského kraje odpověděla špatně a v kraji jihomoravském stejný počet skoro polovina respondentů odpověděla jak ano tak ne a 6 % nevědělo. Z výsledků k těmto výrokům vyplývá, že sestry jihočeského kraje mají větší znalosti týkající se péče o vyznavače islámu než sestry jihomoravského kraje, i přesto že své znalosti ohodnotily více kriticky.

***Hypotéza 1 nebyla potvrzena.***

## **5.2 Diskuse k hypotéze číslo 2**

Hypotéza číslo 2 zní: ***Podmínky nemocnic jihomoravského kraje jsou k péči o vyznavače islámu více uzpůsobeny než podmínky kraje jihočeského.*** Tento předpoklad vznikl také na základě toho, že nemocnice jihočeského kraje se s klientem/pacientem vyznávajícím islám setkají velice minimálně, kdežto u kraje jihomoravského je tomu naopak.

Islám ovlivňuje prakticky všechny stránky muslimova života, jako například stravování, hygienu, sexualitu, komunikaci, vnímání času a to je ve vztahu k ošetrovatelské péči o tyto klienty/pacienty velice významné. V nemocničním provozu lze vždy projevit snahu o realizaci péče ovlivněnou příkazy a zákazy v souvislosti

s vírou. To však vyžaduje vzdělané profesionálně vystupující sestry (4). Součástí podmínek nemocnic je tady také personál, který v nich pracuje. Nemocnice by měly dbát na vzdělanost sester ve všech oblastech týkajících se ošetrovatelské péče. Měly by jim v dostatečné míře zajišťovat odborné semináře, nebo jim dát možnost vzdělávat se jiným způsobem a podporovat je v jejich vzdělávání. Vzdělané sestry jsou totiž přínosem pro zdravotnictví a zkvalitnění ošetrovatelské péče z hlediska bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Jak vyplývá z výsledků zaměřených na znalosti sester, sestry jihočeského kraje mají větší znalosti o dané problematice než sestry kraje jihomoravského i přesto, že s těmito klienty/pacienty přijdou do styku pouze minimálně.

Na zjišťování podmínek nemocnic se zaměřovala skoro polovina výroků v dotazníku. Jelikož zmapovat podmínky nemocnic není vůbec jednoduché, my jsme zvolily variantu vyjádření se k výrokům jednotlivých specifík péče a to do jaké míry lze v rámci podmínek zajistit nemocnice jihočeského a jihomoravského kraje. Nejprve pro nás bylo podstatné zjistit, jestli sestry vůbec vidí specifika v péči o vyznavače islámu. Potěšujícím výsledkem bylo, že jen minimum respondentů obou krajů odpovědělo záporně a většina si rozdíl v ošetrovatelské péči uvědomuje. Další důležitou položkou v dotazníku bylo, zda jsou podmínky dané nemocnice uzpůsobeny k péči o tyto klienty/pacienty. V tomto případě byly lépe zhodnoceny podmínky a jejich uzpůsobenost u nemocnic jihomoravského kraje. Ovšem po odpovědích na tento výrok se nedá jednoznačně říci, zda tomu tak doopravdy je. Proto dotazník obsahoval konkrétní příklady, na které by měla být nemocnice přichystána, pokud bude hospitalizovaným klientem/pacientem vyznavač islámu. Konkrétní příklady se týkají zajišťování doprovodu na diagnostická a terapeutická vyšetření, vyšetření žen ženou lékařkou, zabezpečení individuální stravy dle stravovacích zvyků klienta/pacienta, respektování denních modliteb a rituální hygieny aniž by byl narušen chod oddělení, spolupráce s tlumočnickem, respektování klíčových předmětů víry a také zda jsou v nemocnici informační brožury v cizích jazycích a zda je na oddělení k dispozici kontakt na nejbližší islámské centrum.

V dotazníku byla také stanovena otázka, zda respondenti považují za důležité v péči o vyznavače islámu ošetřování pracovníkem stejného pohlaví. V obou krajích

tomu důležitost přiřkládají. Zajištění vyšetření ženou lékařkou je více dostupné dle výsledků v kraji jihomoravském, kdežto doprovod na diagnostické či terapeutické vyšetření lze zajistit mužům muslimům mužem sanitářem spíše v kraji jihočeském. Dalším specifikem v péči o vyznavače islámu je respektování jejich stravování. Muslimové nesmí konzumovat maso vepřové a výrobky z něj (41). V tomto případě opravdu více jak 50 % respondentů naprosto či spíše souhlasilo s tím, že lze zabezpečit stravu dle stravovacích zvyklostí klienta/pacienta. Přes 20 % částečně souhlasilo, takže jen malé procento respondentů nesouhlasilo spíše či naprosto. Pro uspokojování potřeb klienta/pacienta je to důležitá informace, protože stravování je jednou ze základních každodenních potřeb lidí. A jak vychází z hierarchie potřeb – pokud není uspokojena nižší potřeba, nedojde k uspokojení potřeby vyšší.

Jelikož hlavním specifikem u vyznavačů islámu je jejich spirituální stránka, zaměřily jsme se na ni i ve výzkumné části. Vyznání víry modlitba a půst patří mezi základní pilíře islámu (14). Tyto zvyky chtějí vyznavači islámu dodržovat i v nemocnicích i přesto, že jim jejich zdravotní stav uděluje výjimku. Prostor nemocnic pro uspokojování spirituálních potřeb měli respondenti hodnotit opět pomocí školní klasifikace 1-5. Z jejich hodnocení byla vypočítána průměrná známka, která se opět lišila a lépe dopadla pro jihomoravský kraj (3,83), jihočeský kraj měl průměrnou známku o trochu horší (4,14). Ovšem z podrobněji zaměřených výroků vyplynulo, že například respektování denních modliteb a s nimi související rituální hygieny lze lépe zajistit a respektovat v nemocnicích jihočeského kraje, stejně jako respektování klíčových předmětů víry.

Další část týkající se podmínek nemocnic byla spíše obecného rázu. Zde z výzkumu vyplynulo, že obě nemocnice, což označilo více jak 70 % respondentů obou krajů, neposkytují informační brožury a letáky v cizích jazycích. Stejně tak nemají kontakt na nejbližší islámské centrum, což je zarážející hlavně u nemocnic jihomoravského kraje. Ani výsledky ohledně spolupráce nemocnic s tlumočnickem nedopadla obzvláště pozitivně. Zde větší procento sester jihočeského kraje uvedlo, že jejich nemocnice s tlumočnickem spolupracuje.

I přesto, že sestry kraje jihomoravského ohodnotily podmínky jejich nemocnic lépe než sestry kraje jihočeského, podrobnějším zkoumáním jednotlivých specifík jsme došly k výsledku, že tomu tak není.

***Hypotéza 2 nebyla potvrzena.***

### ***5.3 Diskuse k hypotéze číslo 3***

V hypotéze číslo 3 již neporovnáváme kraj jihočeský a jihomoravský. Tato hypotéza je zaměřena na respondenty celkově a zní: ***Předsudky vůči vyznavačům islámu ovlivňují postoj sester k jejich ošetřování.***

V souvislosti s hypotézou číslo 3 byla vytvořena otázka, která měla objasnit, co respondenty napadne, když se řekne vyznavač islámu. Na základě předsudku totiž člověk posuzuje jedince negativně bez individuálních zkušeností (17). Otázka byla položena záměrně, protože v dnešní době se v multimédiích mluví o muslimech převážně jako o „atentátnících či fanaticích“. Proto nás pohled respondentů velice zajímal. Většina z nich odpověděla, že je pod pojmem vyznavač islámu napadne vyznavač konkrétního náboženství. Bylo však i pár respondentů, kteří si pod tímto pojmem představili atentátníka nebo atentátníka a zároveň vyznavače konkrétního náboženství. Opravdu minimální počet označil možnost člen sekty a variantu jiné.

Otázky zaměřené na ovlivnění péče předsudky, dopadly pozitivně v tom smyslu, že péče ani navázání kontaktu s těmito klienty/pacienty předsudky neovlivní. V obou krajích u těchto otázek naprosto souhlasila polovina a více respondentů a spíše souhlasilo 30 až 40 % respondentů. Malá procenta spíše nesouhlasila a pouze 1 % respondentů nesouhlasilo naprosto s tím, že by jeho péče a navázání kontaktu nebylo ovlivněno předsudky k těmto klientům/pacientům. Což je překvapující, ale zároveň potěšující výsledek, protože všichni lidé jsou si rovni a musí tomu odpovídat i ošetrovatelská péče (17).

***Hypotéza číslo 3 nebyla potvrzena***

#### **5.4 Diskuse k hypotéze číslo 4**

Poslední hypotéza práce zní: *Vypracování Standardu ošetrovatelské péče o vyznavače islámu ve zdravotnickém zařízení považují sestry za přínos pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče těmto klientům/pacientům.* Zde se vycházelo také z počtu respondentů obou krajů jako jednoho celku.

Na potvrzení či nepotvrzení hypotézy byl přímo stanoven výrok, na který dotazovaní odpověděli převážně tak, že spíše nebo částečně souhlasí s jeho přínosem. Velká část respondentů také naprosto souhlasila. Jen malé procento respondentů spíše nebo naprosto nesouhlasilo s jeho přínosem. Obdobně dopadly odpovědi týkající se standardu péče, zda napomůže k přizpůsobení podmínek nemocnic. Tento výrok jsme do dotazníku dosadily také proto, že podmínky nemocnic ve velké míře ovlivňují poskytování péče. Když se tedy uzpůsobí podmínky nemocnic pomocí standardu, bude tak zároveň přínosem pro ošetřování těchto klientů/pacientů.

Nutné je také zdůraznit, že většina těch respondentů, kteří se v oblasti multikulturního ošetrovatelství nezdokonalují, nevidí ve vypracování standardu přínos.

#### ***Hypotéza číslo 4 byla potvrzena***

***Závěry pro praxi*** vyplývají z výzkumu. Pro praxi je nutné zvýšit znalosti sester v oblasti péče o vyznavače islámu. Dále je velice důležité přizpůsobit podmínky nemocnic, pro péči o tyto klienty/pacienty. Prvním krokem bude již zmíněné vzdělávání zdravotnického personálu v dané problematice. Dále je nutné na všech typech škol zdůraznit tuto problematiku a v dostatečné míře se jí věnovat. Začít by se mělo již na střední zdravotnické škole vzděláváním zdravotnických asistentů. Dalším krokem pro přizpůsobení podmínek nemocnic je zavedení standardu péče o vyznavače islámu do praxe.

## 6. Závěr

V souvislosti s globalizací světa je v dnešní době pravděpodobnost setkání s klienty/pacienty vyznávajícími islám mnohem větší, než tomu bylo v uplynulých letech. Proto je nutné dbát na vzdělanost sester v problematice multikulturního/transkulturního ošetrovatelství, jako jedné z důležitých podmínek připravenosti nemocnic na péči o tyto klienty/pacienty. Znalostí v dané oblasti jsou také určitým „preventivním opatřením“ ke vzniku či řešení možných předsudků v péči, které by se u sestry neměly v žádném případě vyskytovat. Všichni lidé mají právo na péči rovnocennou, jak se uvádí v Úmluvě o biomedicíně, Lidských právech či v zákoně O péči o zdraví lidu.

V práci byly stanoveny 4 cíle, které měly zmapovat a porovnat problematiku péče o vyznavače islámu v kraji jihočeském a jihomoravském. První z nich se zabýval zjištěním a porovnáním znalostí sester týkajících se specifik péče o vyznavače islámu u zkoumaných krajů. Tento cíl byl zjišťován pomocí znalostních otázek a výroků v dotazníku, které byly zaměřeny přímo na základní a odborné výkony v ošetrovatelské péči, s nimiž se sestry budou pravidelně setkávat při péči o tyto klienty/pacienty. Druhým cílem bylo zjistit a porovnat podmínky nemocnic. Zde jsme se zaměřily na uspokojování základních potřeb v souvislosti s náboženským vyznáním a do jaké míry je lze respektovat a uspokojovat v nemocnicích zkoumaných krajů. Islám s sebou totiž nese určité zákazy a povolení, kterými se musí jeho vyznavači řídit. Cíl třetí se týkal možných předsudků sester, které by mohly ovlivnit postoj k péči o tyto klienty/pacienty. Pro dosažení cíle jsme položily otázky cíleně zaměřené na předsudky, které by mohly ovlivnit péči nebo by bránily v navázání kontaktu s těmito klienty/pacienty. Dále jsme se zaměřily na to, koho si sestry pod pojmem „vyznaváč islámu“ vůbec představí. Posledním a velice důležitým cílem pro využití práce v praxi bylo vypracovat standard péče o vyznavače islámu. Na základě vyhodnocení výzkumu lze říci, že byly cíle práce splněny.

Výsledky naší práce bychom chtěly využít pro publikace v odborných časopisech zaměřených na ošetrovatelství, abychom podpořily vzdělávání sester v dané problematice. Jako další informační zdroj bychom chtěly využít zveřejnění práce na



internetových stránkách pro zdravotnické pracovníky. V dnešní době je internet velice využíván a také jeden z nejdostupnějších zdrojů informací. Zjištěné údaje poskytneme náměstkyním pro ošetrovatelskou péči v nemocnicích, kde byl výzkum realizován, aby sloužily jako podklad pro vytváření vhodného prostředí a podmínek při péči o vyznavače islámu. Jelikož práce obsahuje nejen teorii samotného náboženství, ale také ošetrovatelskou péči o tyto klienty/pacienty, lze ji použít jako podklad pro semináře sester zaměřené na multikulturní/transkulturní ošetrovatelství. Jedním z cílů práce, který se soustředil i na její využitelnost, bylo vypracovat standard péče. Tento standard bude poskytnut nemocnicím, které se na výzkumu podílely.

Věříme, že práce bude sloužit jak ke zkvalitnění podmínek nemocnic, tak k vylepšení znalostí sester a zvýšení jejich povědomí o dané problematice. Standard péče by měl zkvalitnit poskytování komplexní ošetrovatelské péče.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ANNASTASIADOU, H. *Ošetrovatelská anamnéza a její teoretické základy v transkulturním kontextu* [on line]. [cit. 2008-01-10]. Dostupné z WWW: <<http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik03/annastasiadou.pdf>>
2. BEČKA, J. *Malé nahlédnutí do islámu v Evropě a v Českých zemích* [on line]. [cit. 2007-11-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.eurabia.cz/PrintArticle/260-male-nahlednuti-do-historie-islam-u-v-evrope-a-ceskych-zemich.aspx>>.
3. BÍLÝ, J. *Základy etiky, estetiky a religionistiky*. 1. vyd. Praha: Eurotel Bohemia s.r.o., 2005. 170 s. ISBN 80-86861-21-X.
4. CICHÁ, M.; NOVÁKOVÁ, I. Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s 22-23. ISSN 1210-0404
5. CROFTER, W. *Velká kniha islámu*. Přel. O. Chaloupka. 1. vyd. Čechovice: BVD, s.r.o., 2006. 242 s. ISBN 80-903754-0-5.
6. ČERNÁ, E.; HLAVÁČOVÁ, M. Zvyky muslimů. *Diagnóza*. Praha: 2005, roč. 1, č. 4, s. 192-194. ISSN 1801-1349.
7. DENNY, F. *Islám a muslimská obec*. Přel. K. Hronová. 2. vyd. Praha: Prostor, 1999. 200 s. Přel. z: *Islam and the muslim community*. ISBN 80-85190-96-6.
8. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006, s. 120-126. ISBN 80-8063-227-8.
9. GÁLIS, R. V islámských zemích rozhoduje o vyšetření ženy její muž. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 23. ISSN 1210-0404.
10. GRAEBE, H. *Muslime im Krankenhaus II* [on line]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z WWW: <<http://chrislages.de/muslhosp2.htm>>.
11. HAERI, F. *Základy islámu*. Přel. K. Ferencíková. Olomouc: Votobia, 1997. 235 s. Přel. z: *The Elements of Islam*. ISBN 80-7198-212-1.
12. HRBEK, I. *Korán*. 7. vyd. Praha: Academia, 2000. 797 s. ISBN 80-200-0246-4.
13. HÝSEK, R. *Lidská práva v islámu*. 1. vyd. Praha: Islámská nadace, 2006. 47 s. ISBN 80-903196-2-9.
14. CHAJRÍ, F. *Islám*. Přel. V. Petkevič. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2001. 256 s. Přel. z: *The Elements of Islam*. ISBN 80-7202-922-3.

15. IBRAHIM, I. A. *Stručný průvodce k porozumění islámu*. Přel. S. Reitmanová. a kol. 1. vyd. Praha: Islámská nadace, 2003. 55 s. ISBN 80-903196-1-0.
16. *Islám v Česku* [on line]. [cit. 2007-11-02]. Dostupné z WWW: <[http://procislam.webovastranka.cz/page/Isl%C3%A1m\\_v\\_%C4%8Cesku](http://procislam.webovastranka.cz/page/Isl%C3%A1m_v_%C4%8Cesku)>.
17. IVANOVÁ, K. et al. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
18. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007. 11ě s. ISBN 978-80-85763-36-2.
19. KIRSTE, R. et al. *Svátky světových náboženství*. Přel. L. Kropáček. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, s. 65-80. Přel. z: Die Feste der Religionen. ISBN 80-7021-588-7.
20. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo. I*. Martin: Osveta, 1995. 835 s. ISBN 80-217-0528.
21. KROPÁČEK, L. *Duchovní cesty islámu*. 3. vyd. Praha: Vyšehrad, 2003. 312 s. ISBN 80-7021-613-1.
22. KROPÁČEK, L. et al. *Variace na korán, Islám v diaspoře*. 1. vyd. Praha: Orientální ústav Akademie věd ČR, 1999. 182 s. ISBN 80-85425-34-3.
23. KROPÁČEK, L. et al. *Základy asijských náboženství I. Díl. I*. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. s 71-106. ISBN 80-246-0832-4.
24. KŘIKAVOVÁ, A. et al. *Islám: ideál a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 367 s. ISBN 80-7038-012-8.
25. KUČERA, D. *Mezi muslimy* [on line]. c2005, [cit. 2007-10-13]. Dostupné z WWW: <[http://www.ecesty.cz/etnosvet/bez\\_hranic/mm\\_dzihad.htm](http://www.ecesty.cz/etnosvet/bez_hranic/mm_dzihad.htm)>..
26. KÜNG, H. *Po stopách světových náboženství*. Přel. E. Lajkepová.; P. Kolmačka. 1. vyd. Brno:Centrum pro studium demokracie a kultury, 2006. s 261-297. Přel z: Spurensuche. ISBN 80-7325-059-4.
27. LIŠKOVÁ, M.; NÁDASKA, I. et al. *Základy multikulturneho ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, 2006. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.
28. LORENZOVÁ, D. et al. *Zdravotní péče o muslimské pacienty, Stručná příručka pro vojenské lékaře působící v zahraničí*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyňe, 1999. 20 s. ISBN 80-85109-10-7.

29. LUNDE, P. *Islám*. Přel. L. Kropáček. 1. vyd. Praha: Euromedia Group – Knižní klub, 2004. 192 s. Přel. z: Islam. ISBN 80-242-1093-2.
30. MASTLIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
31. MASTILIÁKOVÁ, D.; KUTNOHORSKÁ, J. et al. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturníúmultikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
32. MUCHOVÁ, L. *Náboženská výchova ve službě české škole – Porozumění světovým náboženstvím*. 1. vyd. Brno: Kartuziánské nakladatelství, 2006. s 41-66. ISBN 80-86953-03-3.
33. MÜLLER, Z. *Svaté války a civilizační tolerance*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 131 s. ISBN 80-200-1355-5.
34. ONDRÁŠ, F. Kulturní zvláštnosti arabské klientely v českých zdravotnických zařízeních na příkladu Lázní Teplice v Čechách. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 334. ISSN 1801-464X.
35. PAVLICOVÁ, H. et al. *Judaismus křesťanství islám*. 2. vyd. Olomouc: Olomouc, 2003. 661 s. ISBN 80-7182-165-9.
36. PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 263 s. ISBN 80-7254-866-2.
37. QARADÁWÍ, J. *Povolené a zakázané v Islámu*. Přel. R. Hýsek. 1.vyd. Praha: Islámská nadace, 2004. 252 s. Přel.z: The Lawful and The Prohibited in Islam.
38. ROUSSET, C. et al. *Klíč k náboženství*. Přel. Š. Belisová. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 158 s. Přel. z: Petit dictionnaire des religions. ISBN 80-00-01679-6.
39. SARDAR, Z. *Islám*. Přel. H. Loupová. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-882-1.
40. SEDLÁKOVÁ, G. *Aplikacia Leiningerovej modelu v peroperačnom období u vyznávačov Islamu*. 6. medzinárodná konferencia. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve, Martin: JLFUK, ústav ošetrovatel'stva, Martin, 25.-26. 2005  
Nepublikovaná prednáška

41. SEDLÁKOVÁ, G. Rešpektovat tradície a rituály. *Sestra*. Bratislava: 2005, roč. IV, č. 11, s. 14-15. ISSN 1335-9444.
42. SEDLÁKOVÁ, G.; SOUKUPOVÁ, J. Transkulturní ošřovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. In *Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, č.2, str.230-239 ISSN 1212-4117
43. SHARAWI, M. *Ramadán* [on line]. [cit. 2007-10-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.islamweb.cz>>.
44. SINZ, U. *Ošřovatelská péče v multikulturních společnostech na příkladu péče o muslimskou komunitu* [on line]. [cit. 2007-11-08]. Dostupné z WWW: <[http://vzsp5.cz/vzs/aktivity/eu/eu/pdf/CZ\\_7\\_U\\_Sinz\\_Vortrag\\_Prag\\_CZ.pdf](http://vzsp5.cz/vzs/aktivity/eu/eu/pdf/CZ_7_U_Sinz_Vortrag_Prag_CZ.pdf)>.
45. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu: sborník*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 208 s. ISBN 80-7178-285-8.
46. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
47. TAUER, F. *Svět islámu*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2006. 445 s. ISBN 80-7021-828-2.
48. TOPINKA, D. *Integrační proces muslimů v České republice – pilotní projekt* [on line]. [cit. 2007-11-16]. Dostupné z WWW: <[http://www.mvcr.cz/dokument/2007/integrace\\_muslimu.pdf](http://www.mvcr.cz/dokument/2007/integrace_muslimu.pdf)>.
49. VOJTÍŠEK, Z. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 462 s. ISBN 80-7178-798-1.
50. *Zaostřeno na islám* [on line]. [cit. 2007-09-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.islamweb.cz>>.

## **8. Klíčová slova**

Vyznavač islámu

Ošetrovatelská péče

Multikulturní ošetrovatelství

Povolené v islámu

Zakázané v islámu

Model Gigerové a Davidhizarové

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Pojem transkulturní a multikulturní

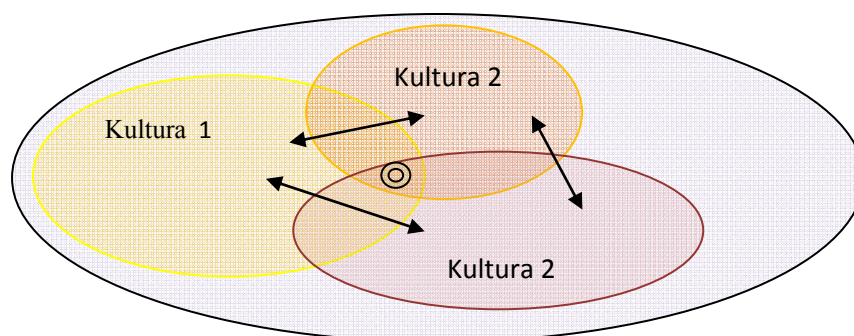
Příloha 2 Pohyby při modlitbě

Příloha 3 Dotazník pro sestry

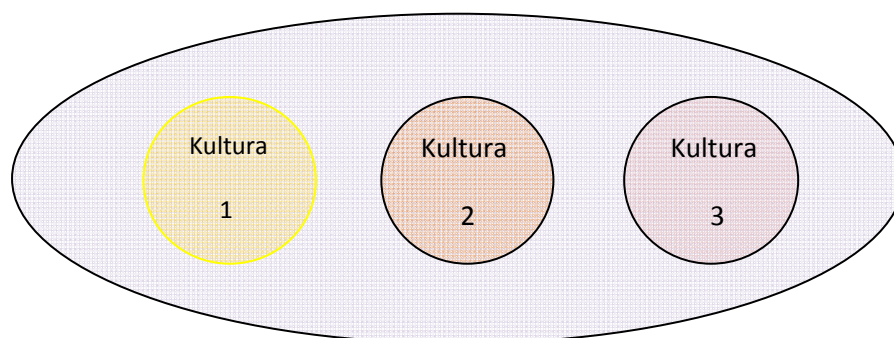
Příloha 4 Posudek ke standardu

## Příloha 1 Pojem transkulturní a multikulturní

### Transkulturní



### Multikulturní

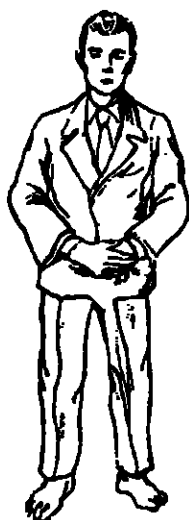


Zdroj: IVANOVÁ, K. et al. *Multikulturní ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

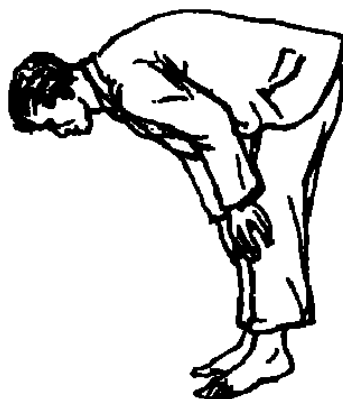


## Příloha 2 Pohyby při modlitbě

poloha wakuf



poloha ruku'



poloha sudžůd



poloha džulůs



Zdroj: *Zaostřeno na islám* [on line]. [cit. 2007-09-29]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.islamweb.cz>>.

## Příloha 3 Dotazník pro sestry

### DOTAZNÍK

Vážené sestry,

jmenuji se Jiřina Norková, jsem studentka 2. ročníku navazujícího magisterského programu – oboru ošetřovatelství na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity. Závěrem svého studia vypracovávám diplomovou práci na téma: Co je povolené a co je zakázané při ošetřování vyznavače islámu.

Tento dotazník je určen sestrám a jeho cílem je zjistit, do jaké míry jsou sestry informovány o dané problematice a zároveň do jaké míry jsou připraveny nemocnice na klienty vyznávající islám.

Za Vámi věnovaný čas předem DĚKUJI Bc. Jiřina Norková

*Upozorňuji, že je dotazník zcela anonymní. Při jeho vyplňování si vždy přečtěte pozorně otázky nebo výroky a případné instrukce k nim. U otázek a výroků bez instrukcí zakřížkujte Vámi vybranou odpověď. Pokud jsou u otázek nebo výroků vytečkovaná pole, vepište do nich odpověď vlastními slovy.*

1. Věk .....

2. Pohlaví  žena  muž

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- SZŠ
- SZŠ – PSS
- VOŠ – Dis.
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Jiné .....

4. Pro vykonávání Vašeho povolání jsou znalosti z oblasti multikulturního ošetřovatelství potřebné

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím

- spíše nesouhlasím  
 naprosto nesouhlasím

**5. Zajišťuje Vám nemocnice vzdělávání týkající se multikulturního ošetřovatelství?**

- ano             nemám informace             ne

**6. Jakým způsobem se zdokonalujete v oblasti multikulturního ošetřovatelství?**

*(je možné označit i více odpovědí)*

- pomocí seminářů  
 přes internet  
 prostřednictvím literatury (knihy, časopisy...)  
 jiným způsobem .....  
 nezdokonaluji se v oblasti multikulturního ošetřovatelství

**7. Co Vás napadne, když se řekne vyznavač islámu (muslim)?**

- atentátník    vyznavač konkrétního náboženství    člen sekty    ateista  
 jiné .....

**8. Setkal/a jste se již při své praxi s vyznavači islámu (s muslimy)?**

- ano             ne

**9. Bude Vámi poskytovaná péče ovlivněna předsudky k vyznavačům islámu?**

- ano             spíše ano             spíše ne             ne

**10. Myslíte si, že předsudky vůči vyznavačům islámu Vám budou bránit k navázání kontaktu s těmito klienty?**

- ano             spíše ano             spíše ne             ne

**11. Jaké si myslíte, že máte znalosti týkající se ošetřování vyznavače islámu?**

*(ohodnořte jako ve škole 1 – výborné; 5 – nedostatečné)*

**1 – 2 – 3 – 4 – 5**

**12. V ošetrovatelské péči o vyznavače islámu existují rozdíly v porovnání s péčí o ostatní klienty**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**13. Islám zakazuje užívání alkoholu a drog**

- ano
- ne
- nevím

**14. Islám zakazuje užívání všech látek obsahujících alkohol kromě léků**

- ano
- ne
- nevím

**15. Je při ošetrování vyznavače islámu důležité, zda je ošetřuje pracovník stejného pohlaví?**

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

**16. Uveďte, který druh masa je pro vyznavače islámu zakázán**

- kuřecí
- vepřové
- hovězí
- žádné

**17. Muslimové považují levou ruku za nečistou**

- ano
- ne
- nevím

**18. Islám povoluje aplikaci parenterální výživy vyznavačům islámu v období půstu**

- ano
- ne
- nevím

**19. Podmínky Vaší nemocnice jsou uzpůsobeny pro péči o vyznavače islámu**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**20. Jaký podle Vás nemocnice poskytuje prostor pro uspokojování spirituálních potřeb muslimů? (ohodnoťte jako ve škole 1 – výborný; 5 - nedostatečný)**

**1 – 2 – 3 – 4 – 5**

**21. Na Vašem oddělení lze zajistit, aby byl muž muslim doprovázen na dg. a th. výkony mužem sanitářem**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**22. Při hospitalizaci ženy muslimky ve Vaší nemocnici lze zajistit její vyšetření ženou lékařkou**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**23. Vaše nemocnice dokáže zabezpečit individuální stravu dle stravovacích zvyků klienta**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**24. Při hospitalizaci vyznavače islámu na Vašem oddělení lze respektovat 5x denně modlitby a rituální omytí klienta bez narušení chodu oddělení**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

**25. Vaše nemocnice spolupracuje s tlumočnickem**

- ano                       nemám informace                       ne

**26. Na Vašem oddělení je k dispozici kontakt na nejbližší islámské centrum**

- naprosto souhlasím  
 spíše souhlasím  
 částečně souhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 naprosto nesouhlasím

**27. Při hospitalizaci vyznavače islámu lze zajistit respektování pro klienta klíčových předmětů víry (Korán, modlitební kobereček) všemi zaměstnanci**

- naprosto souhlasím  
 spíše souhlasím  
 částečně souhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 naprosto nesouhlasím

**28. Poskytuje Vaše nemocnice informační brožury, letáky také v cizích jazycích?**

- ano                       ne

**29. Vypracování standardu s názvem: „ Standard péče o vyznavače islámu“, bude přínosem při ošetřování těchto klientů**

- naprosto souhlasím  
 spíše souhlasím  
 částečně souhlasím  
 spíše nesouhlasím  
 naprosto nesouhlasím.

**30. Vypracování Standardu péče o vyznavače islámu napomůže také k přizpůsobení podmínek nemocnic pro ošetřování těchto klientů**

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- částečně souhlasím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

## **Příloha 4 Posudek ke standardu**

### **POSUDOK**

**Posudok vypracoval:** doc. PhDr. Mária Kilíková, Ph.D., mim. prof.

**Autor práce:** Jiřina Norková, ZSF JU České Budějove

**Téma:** Štandard ošetrovateľskej starostlivosti o vyznávačov Islamu v zdravotníckom zariadení

Vypracovaný návrh štandardu ošetrovateľskej starostlivosti je nástrojom poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Má charakter rámcového procesuálneho štandardu. Metodológia štandardu rešpektuje všetky procesné kritériá vypracovania normy, ktorá určuje minimálne a zároveň záväzné predpoklady na poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej praxe. Štandard je správne určený sestram a ostatným členom ošetrovateľského tímu za predpokladu, že rešpektuje individuálny prístup k uspokojovaniu bio-psycho-sociálnych potrieb pacienta – vyznávača islamu. Kritériá procesu veľmi presne definujú špecifiká realizácie ošetrovateľskej starostlivosti s ohľadom na rituále a odlišnosti v oblasti komunikácie, vnímania priestoru, sociálnej interakcie, stravovania, hygieny a ostatných odlišností v prežívaní a správaní tejto komunity. Štandard ako celok je veľkým prínosom pre prax. V teoretickej rovine obohacuje teóriu komunitného ošetrovateľstva. Jej aplikácia v prirodzených podmienkach zabezpečuje bezbariérový manažment pacienta – vyznavača Islamu. Zároveň vedie sestru k zmenám postojov a k realizácii profesionálnych zmien v interakčnom procese s pacientom – vyznávačom Islamu. Organickou súčasťou štandardu je ošetrovateľský audit. Má za cieľ merať proces plnenia kritérií štruktúry, procesu a výsledku procesuálneho štandardu ošetrovateľskej starostlivosti. Autorka si zvolila vhodné metódy merania realizačného procesu. Metodológia vypracovania auditu je správna.

Jiřina Norková vypracovala štandard – nástroj, ktorý zabezpečí poskytovanie bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti. Štandard je originálny a predpokladám jeho



pozitívne prijatie – integráciu v praxi. Mám zato, že jej práca je prínosom pre ošetrovatel'stvo ako vedu, teóriu a prax.

14.4. 2008

doc. PhDr. Mária Kilíková, Ph.D., mim. prof.

Vedúca katedry ošetrovatel'stva VSZ a SP sv. Alžbety, Bratislava

